

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em**  
**Situação Crítica**  
Relatório de Estágio

**“Necessidades da família da pessoa em situação crítica no período  
perioperatório”**

**Isabel Catarina Pedroso Pinto**

**Lisboa**

**2016**





## **Mestrado em Enfermagem**

### ***Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica***

Relatório de Estágio

**“Necessidades da família da pessoa em situação crítica no período  
perioperatório”**


**Isabel Catarina Pedroso Pinto**

Orientador: Pofessora Doutora Anabela Mendes

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





“Cada sonho que você deixa para trás, é um pedaço do seu futuro que  
deixa de existir”

Steve Jobs



Agradeço a Deus...

... a Deus pela família fantástica e maravilhosa que me deu e pelos amigos únicos e singulares que cruzaram o meu caminho ao longo da vida. Tão únicos, que os mantenho até hoje do lado esquerdo do peito.

É um facto que tudo o que queremos se faz... mas vocês nunca deixaram que as nuvens me tirassem a luz, nunca deixaram de acreditar (quando eu própria deixei) e acima de tudo cuidaram de mim quando menos cuidei.

Agradeço a Deus por tudo isto... porque os mais felizes não são os que têm tudo... mas são os que agradecem tudo aquilo que têm.

Não podia deixar de agradecer à Professora Anabela Mendes pelo profissionalismo, dedicação, apoio e carinho que depositou em mim ao longo deste último ano.





## RESUMO

O presente relatório de estágio integra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, cuja temática é: necessidades da família da pessoa em situação crítica no período perioperatório.

O processo de hospitalização constitui uma fator de stress tanto para a pessoa doente, como para a sua família, sendo o mesmo considerado uma transição saúde-doença. Assim, percebe-se que o período perioperatório da pessoa em situação crítica é um momento de transição, no qual existe uma rutura do quotidiano, o que exige uma reorganização da dinâmica e dos processos familiares.

De forma a ser possível um processo transaccional saudável, torna-se essencial conhecer e compreender as necessidades de cada família no período perioperatório, pois só assim se conseguem intervenções terapêuticas de enfermagem adaptadas à realidade e às necessidades de cada família.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família foram realizados dois estágios que decorreram em contexto de serviço de urgência e em unidade de cuidados intensivos, pelo que este relatório demonstra o processo evolutivo de aquisição e desenvolvimento de competências, que pretendem contribuir para uma melhoria dos cuidados especializados de enfermagem.

**Palavras-chave:** enfermagem, família, necessidades, pessoa em situação crítica e período perioperatório.



## **ABSTRACT**

This internship report is part of the Master's Degree in Nursing, in the specialization area of the Person Nursing in Critical Situation at the Nursing School of Lisbon, whose theme is: the person's family needs in critical condition in the perioperative period.

The hospitalization process is a stress factor for both the sick person and for their family, being even considered a transition health-disease for the patient and situational person family. Namely the person perioperative period in critical condition is a moment of significant transition, in which there is a rupture in the everyday life, which requires a reorganization of the dynamics and family processes.

In order to be possible a healthy transactional process, it is essential to know and understand the needs of each family in the perioperative period, because only then can exist therapeutic nursing interventions adapted to the reality and needs of each family.

For the acquisition and development of specialized expertise on the care provided to the person in critical condition and his family two internships were done, one in emergency service context and the other in intensive care unit. This report shows the evolutionary process of acquisition and development of skills, which aim to contribute to an improvement of specialized nursing care.

**Key-words:** nursing, family, needs, critical patient and perioperative period.



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
1.JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....	21
2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
3.ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS .....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81

## ANEXOS

ANEXO I- Programa 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à  
Pessoa em Situação Crítica

ANEXO II- Programa 4as Jornadas da USF do Parque

ANEXO III- Diploma de Presença nas 4as Jornadas da USF do Parque

ANEXO IV- Programa do Curso de Abordagem ao Doente Urgente

## APÊNDICES

APÊNDICE I- Poster



## INTRODUÇÃO

O relatório representa o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, realizado durante a frequência do 5º Curso Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (PSC), tendo como tema central “as necessidades da família, da pessoa em situação crítica, no período perioperatório”.

Este relatório pretende revelar a pertinência e a visibilidade do processo formativo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade médico-cirúrgica e da obtenção do grau de mestre em PSC. O processo de aprender é pessoal e integrativo, decorrendo da construção e da partilha de experiências conseguidas. Assim, quem aprende acrescenta novos conhecimentos aos que já possui e consolida os já existentes. Foi com base nesta premissa que ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), tendo em conta o meu interesse pessoal, profissional e necessidade de aprendizagem nesta área específica, de forma a melhorar os meus cuidados de enfermagem como enfermeira perioperatória, já que exerço funções num bloco operatório.

São os conhecimentos acima referidos que concebem uma ponte entre a teoria e o exercício, dado que o conhecimento teórico funciona como suporte ao exercício clínico. Tendo como objetivos, não só a resolução de problemas, mas também o desenvolvimento de capacidades e competências.

Ao longo do exercício clínico da profissão de enfermagem, torna-se fundamental a consolidação de conhecimentos que sustentam a aquisição de competências. Daí ser primordial o desejo constante de se complementar a formação. Assim, a formação permite uma prática baseada na evidência e cuidados de enfermagem que primam por altos padrões de qualidade, abrindo desta forma caminho para o fortalecimento da identidade da enfermagem (Rodrigues, 2013).

A competência não pode ser definida como um estado, pois não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas sim no saber utilizá-la com eficácia e eficiência perante diferentes situações. Adquirir competências é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, tendo como base conhecimentos que resultam da experiência pessoal, da cultura, pesquisa tecnológica e científica (Sousa, 2013).

Assim, torna-se essencial referir que a aquisição de competências dos enfermeiros se desenvolve por diferentes estádios, segundo o Modelo de Dreyfus referenciado por Benner: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2005). Torna-se por isso fundamental a procura e desenvolvimento do conhecimento, capacitando os enfermeiros na aquisição e desenvolvimento de competências. Deste modo, de forma a progredir nos diferentes estádios de Benner até ao nível de perito, defini objetivos que serão apresentados no desenvolvimento deste trabalho.

Tendo em conta a aquisição de competências referida no parágrafo anterior, os profissionais de enfermagem conseguem dar respostas mais eficazes às necessidades humanas básicas da pessoa em situação crítica e sua família. A adequação das intervenções de enfermagem a cada processo de transição saúde-doença que a pessoa/família vivenciam, tem como objetivo a promoção do cuidado transaccional, ajudando estes intervenientes, do triângulo terapêutico, a alcançar um melhor estado de saúde e bem-estar.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o desenvolvimento de competências profissionais e humanas promove uma prática de cuidados “mais segura, mais autónoma e de maior qualidade” (OE, 2010, p. 8). Como tal, a formação contínua ao longo da vida profissional é de sublima importância no desenvolvimento de habilidades e competências especializadas, sendo que para alcançar o grau académico de Mestre, a Joint Quality Initiative (2004) definiu os Descritores de Dublin referentes ao 2º Ciclo. Assim, para a aquisição do título de Mestre em Enfermagem em PSC terei de desenvolver, demonstrar e empregar conhecimentos e capacidades de compreensão, de julgamento/tomada de decisões,



competências de comunicação e de autoaprendizagem, tendo por base a prática baseada na evidência (Joint Quality Initiative, 2004; ESEL, 2010).

Com o objetivo de nortear o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas foi elaborado um projeto de estágio onde procedi à definição de atividades a desenvolver nos diferentes contextos da prática de cuidados na intenção de orientar a aprendizagem e alcançar os objetivos e competências preconizados. Contudo, torna-se pertinente referir que no decorrer dos estágios o projeto foi sendo adaptado e reformulado, verificando-se um caráter dinâmico e flexível que possibilitou servir de alicerce para a elaboração do presente relatório de estágio.

Para a definição dos objetivos e competências acima mencionados, considereei não só a aquisição de competências definidas pela Joint Quality Initiative (2004) e pela ESEL (2010), mas também as competências presentes no Regulamento que se refere às competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC.

O enfermeiro especialista é definido como um profissional que detém conhecimentos aprofundados e apresenta elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, demonstrando conhecimentos em quatro domínios: responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

Assim, pretende-se que o enfermeiro especialista e mestre em enfermagem em PSC baseie o seu exercício profissional numa lógica de Enfermagem Avançada, ou seja uma “Enfermagem mais Enfermagem” baseada nas Teorias de Enfermagem, que sustentem o Cuidar da Pessoa, para um diagnóstico das transições vividas que originem mais competências de tomada de decisão (Silva, 2007).

Durante o ciclo de vida as pessoas experienciam diversos processos de transições, podendo ser transições previsíveis (transições de desenvolvimento), como é o caso da infância ou adolescência, transições situacionais, exemplo disso uma gestação e transições saúde-doença, como por exemplo, considerando-se a vivência de uma situação aguda de doença (Meleis, 2000).

Na transição saúde-doença está inserido o processo de hospitalização, que inclui não só a pessoa doente mas também a sua família, isto porque a família pode vivenciar mudanças importantes durante o internamento. Assim, indo ao encontro do que foi referido, Rodrigues diz que, “a família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar” (2013, p.21).

O período perioperatório da pessoa em situação crítica é um momento de transição para o doente como para a sua família, pois tal como refere Zagonel “a transição é iniciada em alguns casos por eventos que vão além do controlo individual e em outros ela pode ser procurada através de eventos tais como a cirurgia” (1999, p.26). Assim, percebe-se que o procedimento cirúrgico deve ser encarado como um processo de transição, uma vez que a pessoa tem que enfrentar a experiência cirúrgica e reorganizar-se, pois existe uma rutura no seu quotidiano (Juan, 2007).

Deste modo torna-se fundamental perceber as necessidades de cada família durante o período perioperatório, pois só assim é possível um período transacional saudável.

Assim, ao longo do percurso tornou-se pertinente a mobilização de uma Teoria de Enfermagem, com o objetivo de orientar o pensamento e o exercício profissional. A Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis constituiu-se desta forma uma pedra angular de suporte e orientação do pensamento em Enfermagem, dando ênfase tal como refere Silva (2007) às respostas humanas envolvidas nas transições.

Com a elaboração deste relatório pretendo traduzir o caminho percorrido para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas através das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio e simultaneamente as estratégias implementadas de melhoria de qualidade de cuidados. Este registo permite simultaneamente revelar a aquisição/atualização de conhecimentos na área da especialidade e a reflexão crítica pertinente e constante a que convida o percurso formativo.

Este percurso formativo teve então como finalidade:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem que permitam responder às necessidades da família, da pessoa em situação crítica, no período perioperatório.

E como objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, que respondam às suas necessidades imediatas e continuadas, nomeadamente em contexto perioperatório;
- Planear intervenções terapêuticas de enfermagem que visem a prevenção e o controlo da infeção na pessoa em situação crítica;
- Implementar intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da pessoa em situação crítica e família;
- Promover uma comunicação eficaz entre a pessoa em situação crítica, a sua família e equipa de enfermagem, considerando a natureza do processo de transição;
- Implementar intervenções terapêuticas de enfermagem que subsidiem a família no desenvolvimento de estratégias de coping e ganho de confiança no processo de transição durante o período perioperatório;
- Avaliar nos indicadores de resultado, a mestria da família, na vivência do processo de transição situacional que decorre do processo de transição saúde-doença.

Este relatório, de forma a apresentar uma sequência lógica e perceptível, está estruturado em quatro capítulos. No primeiro exploro o fenómeno de interesse, bem como a justificação da problemática. O segundo capítulo, refere-se ao enquadramento teórico, onde são descritos alguns aspetos relativos aos principais conceitos, dando suporte ao desenvolvimento da temática referida, onde se faz uma alusão à teoria das transições de Meleis que serve de sustentação teórica, tendo como base a prática baseada na evidência. No penúltimo capítulo, são enumeradas as atividades desenvolvidas em cada estágio clínico e momentos significativos que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas e consequente reflexão sobre as mesmas. Por último, nas considerações finais estará

presente uma reflexão sobre o meu crescimento e evolução enquanto enfermeira, bem como um balanço do percurso de aprendizagem.

## **1.JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA**

O regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE) 1996, refere que estes profissionais são responsáveis por prestarem cuidados à pessoa, ao longo do ciclo vital, bem como aos grupos onde a mesma está inserida, com o objetivo de preservar e recuperar a saúde. Logo, percebe-se que ao serem prestados cuidados à pessoa, a separação da sua família, particularmente durante um processo de hospitalização, deve ser avaliada com particular cuidado.

Sabendo que o processo de hospitalização de um membro da família pode interferir com a dinâmica de toda a família enquanto grupo e que o desenvolvimento de competências corresponde ao saber encontrar e pôr em prática de forma eficaz as respostas apropriadas ao contexto (Carvalho, 2003), originou uma reflexão face ao meu exercício clínico atual, num bloco operatório (BO).

Tendo em conta a crescente necessidade dos enfermeiros de desenvolverem competências comunicacionais, relacionais, técnicas e científicas com o intuito de promover cuidados de enfermagem humanizados contextualizados emergiu uma preocupação: as necessidades da família, da pessoa em situação crítica, no período perioperatório. Isto porque, diariamente os enfermeiros são confrontados com exigências nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, assim como à sua família. Como tal, o desenvolvimento e consolidação de competências e conhecimentos origina cuidados de enfermagem à pessoa e sua família, em contexto de bloco operatório, de excelência e humanizados, considerando que vivenciam um período de transição com significado único e relevante.

Assim sendo, a aquisição e desenvolvimento de competências que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem à PSC e sua família torna-se pertinente e adequado ao preconizado para a Enfermagem no cuidar da PSC. Para tal, torna-se basilar atingir os requisitos específicos para a obtenção e atribuição do grau de mestre e especialista e, adquirir o nível de perito na

prestação de cuidados à PSC através do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

## 2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Pessoa em situação crítica pode ser definida, segundo a OE, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (2010, p.2). Tendo em conta esta definição, a mesma entidade refere que os cuidados de enfermagem à PSC devem ter como base a qualidade e competências específicas, de modo a responder às necessidades afetadas, bem como “manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010, p.4).

A pessoa em situação crítica no contexto da prestação de cuidados de saúde não pode ser considerada isoladamente, uma vez que integra uma dinâmica familiar, que é o seu núcleo essencial, onde cresce e se socializa (Silva, 2012).

Assim, o enfermeiro que cuida da PSC, numa perspetiva de prática avançada, tem que possuir conhecimentos no domínio da tecnologia, contudo não pode permitir que o processo do cuidar seja centrado nas técnicas realizadas à pessoa mas que tenha como sustento o cuidar de uma pessoa que está a vivenciar processos complexos de doença crítica, pois a “enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado” (Serrano, et al, 2011, p.16). Assim, os cuidados devem ter como base as modificações que ocorrem nas estruturas dos seres humanos e de que forma essas mesmas afetam a sua individualidade (Mezzaroba, et al, 2009).

Para Jean Watson (2002) cuidar é o ideal moral da enfermagem em que o seu objetivo é preservar e melhorar a dignidade e representa a missão de qualquer enfermeiro. Contudo, o cuidar não se limita à pessoa enquanto doente, mas alarga-se a toda a família que procura promover o equilíbrio após o surgimento da situação crítica (Silva, 2012). Indo ao encontro do que foi dito,

Waidman & Stefanelli (2005, p. 120) referem que “(...) o profissional que vai trabalhar com a família tem de estar preparado para ouvi-la, aceitá-la e compreendê-la na sua singularidade e complexidade”. Assim, o enfermeiro deve ter a sensibilidade de compreender os sentimentos e as necessidades de cada família, pois quer a pessoa em situação crítica, quer a sua família necessitam de uma atenção particular e única (Silva, 2012).

Segundo Mezzaroba et al, “o cuidado de enfermagem deve constituir-se na interação, no contato com o paciente e no resgate do cuidado humano em que a família deve ser incluída no processo de cuidar” (2009, p.500). Num processo de hospitalização torna-se fundamental referir o conceito de família, isto porque o internamento de um membro da família, tem particularidades que afetam a mesma enquanto sistema, ocasionando mudanças familiares, que abrangem os seus membros (Soares, 2013). Assim, toda a família deve ser alvo dos cuidados de enfermagem, que devem responder às necessidades das pessoas e dos seus familiares, permitindo uma melhor compreensão, aceitação e ajudar a enfrentar a situação de doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe à vida familiar (Rumiko & Galdeano 2006).

A definição do conceito de família não é uma tarefa simples (Dessen, 2010), uma vez que deve ser entendida como “um sistema, um todo, uma globalidade que só numa perspetiva holística pode ser corretamente compreendida” (Relvas, 1996, pág.10).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), citada pela OE (2008), o conceito de família “ (...) não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual, ou adoção”, assim percebe-se que os familiares são aqueles com os quais se mantem um vínculo baseado na intimidade, ultrapassando a ideia de família associada a laços biológicos ou legais (Rodrigues, 2013).

Para Soares, a hospitalização de um dos membros da família, é uma circunstância marcante na mesma, estando habitualmente associada a sentimentos negativos (2013). Assim, “quando a família é confrontada com a doença de um dos seus membros, todos os elementos vão sofrer...” (Moreira,



2001, p. 24). Morgon & Guirardello (2004, p. 199) também corroboram esta perspectiva, pois “a hospitalização de um familiar por doença grave e inesperada pode levar ao desequilíbrio ou desestruturação da família”, sendo que a “crise é tanto mais sentida, quantos mais forem os papéis do indivíduo doente” (Pias, 2008, p. 13).

Na enfermagem as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida (Rodrigues, 2013). Segundo o autor citado, “para se trabalhar na perspectiva da família, é necessário acreditar que os processos de saúde-doença são experiências que envolvem toda a família” (Rodrigues, 2013, p.38). Assim, os cuidados de enfermagem durante a hospitalização, devem estar direcionados para toda a família e não apenas para a pessoa, com o objetivo de satisfazer as necessidades da mesma.

Um estudo realizado por Inaba, Silva e Telles (2005) sobre a visão de familiares sobre a adequação da comunicação ao doente crítico pela equipa de enfermagem, concluiu que na hospitalização não se deve eliminar o doente do seu meio, da sua família ou da sua rede de amigos, estes devem ser considerados pelos enfermeiros como uma continuidade do doente a quem prestam cuidados de forma a minimizar o desconforto, a ansiedade e insegurança.

A hospitalização de um membro da família é um processo de transição, ou seja mudanças na saúde-doença dos indivíduos criam um processo em que os mesmos, assim como toda a família, tendem a ser mais vulneráveis às ameaças podendo experimentar um desequilíbrio (Meleis, 2000). A mesma autora define transição como uma mudança no estado de saúde, nas expectativas de vida, nos papéis desempenhados na sociedade, nas habilidades socio-culturais e na capacidade de gerir respostas humanas. Assim, percebe-se que o processo de transição implica uma mudança do estado de saúde para outro e não necessariamente para uma situação de doença (Meleis, 2000).

Indo ao encontro do referido, Lancaster & Stanhope (1999, p.527) referem que “as transições são uma passagem de um estágio ou situação para outro, são momentos de risco potencial para as famílias. As transições representam novas situações e exigências para as famílias”.

Toda esta mudança referida está relacionada com uma sobrecarga emocional e modificações no ciclo de vida familiar com alterações de papéis que até então eram desempenhados pela pessoa doente, conduzindo muitas vezes a uma reorganização da sua vida, implicando um processo de adaptação (Silva, 2012). Pois, tal como indica Meleis (2000) existe a necessidade da família se reorganizar e arranjar estratégias para ultrapassar esta situação. Por isso, as transições são “processos complexos multidimensionais que tanto causam como afetam mudanças na vida, saúde, relacionamentos e meio ambiente” (Meleis, 2010, p.359).

Sendo a enfermagem uma ciência que tem como objeto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde, aos processos de vida, assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos e suas famílias, torna-se fundamental que os cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo/família tenham como enfoque “ajudar as pessoas a lidarem com os desafios e com as transições com o propósito de proporcionarem estabilidade e aumentarem a sensação de bem-estar” (Petronilho, 2007, pág. 195). De acordo com o que foi referido, Zagonel indica que “o enfermeiro deverá avaliar, planejar e implementar estratégias de intervenção, promoção e intervenção terapêutica frente aos eventos de transição, objetivando restabelecer a conexão e instabilidade geradas” (1999, p.29).

O período perioperatório pode ser encarado como uma transição, uma vez que é necessário a construção de uma nova realidade, pois aquela que é conhecida e vivida pela pessoa é interrompida, originando uma mudança (Kralik, Visentin & Loon, 2006). Devido a esta situação, associada a alterações nas rotinas, ideias, identidade e percepções, há a necessidade da “família se reorganizar e arranjar estratégias para ultrapassar esta situação” (Soares, 2013, p.31). Para Bolander (1998), este período é constituído por três fases: pré-operatória, intra-operatório e pós-operatória.

No período perioperatório, os enfermeiros assumem um papel de extrema importância para promoverem o processo de transição saudável, sendo que para tal acontecer é essencial a detecção das necessidades da família do doente crítico nesse mesmo período, pois só assim se consegue perceber as reais necessidades de modo a promover o cuidado transacional.

Um estudo realizado por Maruiti, Galdeano & Farah (2008) com o objetivo de identificar a ocorrência de sintomas de ansiedade e/ou depressão em familiares de doentes internados numa unidade de cuidados intensivos (UCI), concluiu que o suporte à satisfação das necessidades dos familiares, assim como o suporte emocional devem ser tomados como prioritários no plano dos enfermeiros de modo a prevenir a instalação desses sintomas. Como tal, os enfermeiros ao prestarem cuidados à PSC, devem encarar a família como membro da equipa de saúde (Silva, 2012).

A Teoria das Transições de Meleis ajuda os enfermeiros a compreenderem o processo de transição que cada indivíduo/família estão a vivenciar, garantindo que desta compreensão emergem intervenções terapêuticas de Enfermagem que tenham como finalidade facilitar a vivência do processo de transição pelas pessoas que se tornam clientes de Enfermagem.

Assim, “cabe aos enfermeiros providenciar as intervenções necessárias para ajudar os indivíduos neste processo de mudança” (Soares, 2013, p.37). Como tal, estes profissionais ao promoverem o cuidado transacional humano estão a valorizar a pessoa, pois os cuidados prestados estão sempre relacionados, de alguma forma, com cada nível de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis 2000).

Por aquilo que já foi referido, percebe-se então que existem sete conceitos no centro da Teoria das Transições de Meleis, são eles: cliente, interação, ambiente, processo de enfermagem, saúde, terapêuticas de enfermagem e transições (Meleis, 2000).

A mesma autora define o cliente como um ser que está em interação com o ambiente mas que devido a uma situação de doença está presente um

momento de aumento de vulnerabilidade. Assim, percebe-se que o cliente é influenciado pelo seu estado de saúde (Soares, 2013).

A interação está diretamente relacionada com a relação com o meio envolvente mencionado no parágrafo anterior mas também com a interação entre o profissional de enfermagem e a pessoa doente, pois só assim os cuidados de enfermagem fazem sentido existir (Meleis, 2000).

As terapêuticas de enfermagem estão inseridas num processo denominado por processo de enfermagem, sendo este “um método eficaz e sistematizado de estruturar os processos de pensamento para a tomada de decisão em enfermagem e para a resolução de problemas” (Soares, 2013. p.30).

Relativamente ao conceito de saúde percebe-se que não é sinónimo de ausência de doença, passando por uma capacidade de adaptação da pessoa a diversas mudanças ao longo da vida, incluindo uma situação saúde-doença. Sendo esta capacidade de adaptação que irá originar um processo transaccional saudável ou não. Para que tal aconteça de uma forma saudável são essenciais as terapêuticas de enfermagem referidas anteriormente.

O processo de transição, tal como já foi mencionado anteriormente e refere Meleis, exige uma mudança, em que a realidade atual na qual a pessoa e a sua família vivem é interrompida (Meleis, 2000).

Obtendo um maior conhecimento acerca da Teoria das Transições de Meleis, os enfermeiros compreendem melhor os processos de transição que a pessoa doente e a sua família estão a vivenciar, promovendo assim terapêuticas de enfermagem que apoiem os indivíduos neste processo de mudança, de forma a culminar num processo transaccional saudável, tal como está representado na figura nº1.

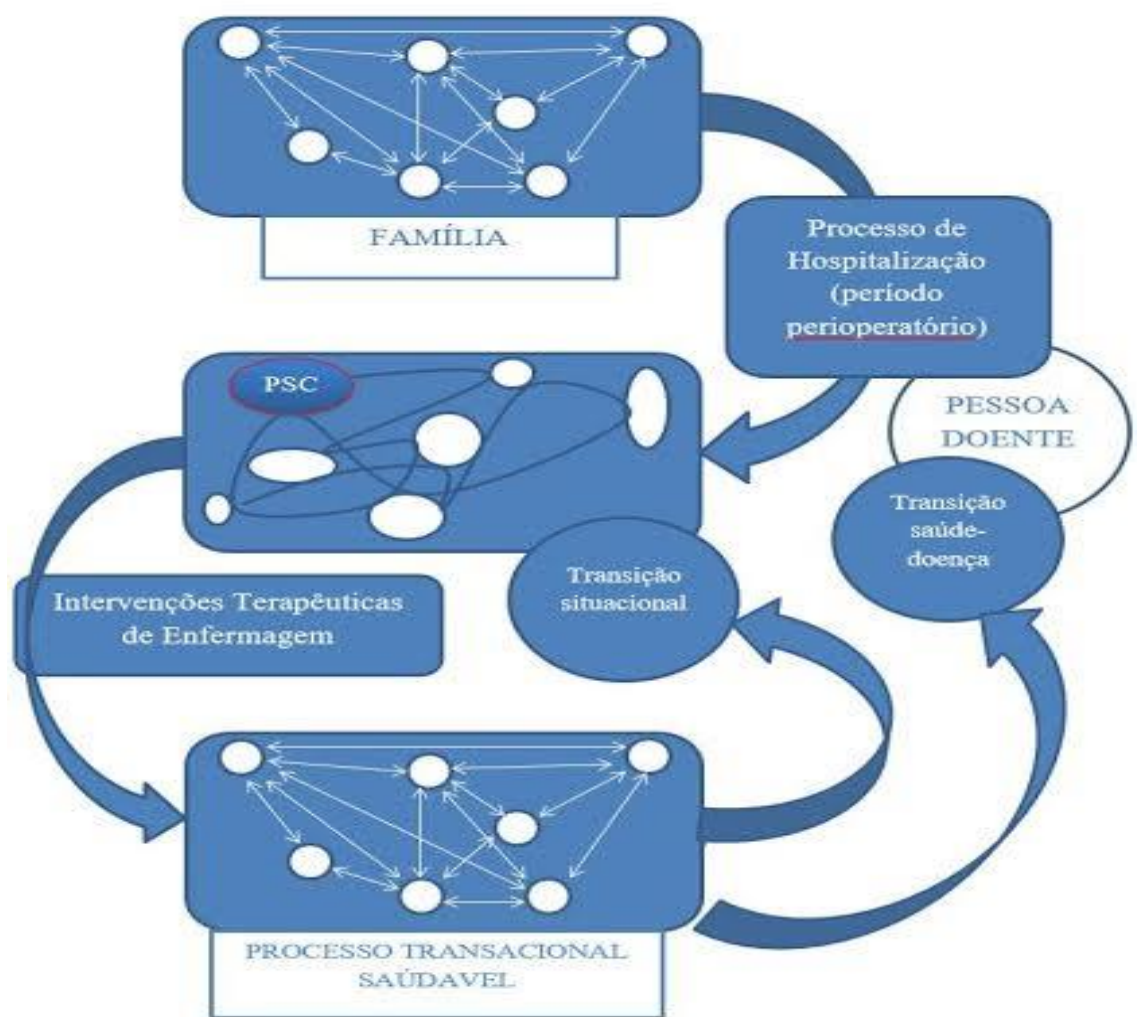


Fig1. Processo transaccional saudável perante um processo de hospitalização



### **3. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

*“Os profissionais são os actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Costa et al., 2011, P.16).*

Tendo a frase acima como ponto de partida para uma reflexão acerca da importância de adquirir e desenvolver competências especializadas no cuidar PSC e sua família durante o período perioperatório, percebemos que a profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber bem como a resposta aos desafios diários, colocam o conceito “competência” no centro dos cuidados prestados (Costa et al., 2011).

O saber profissional de enfermagem, emerge de um processo de construção, “assente numa prática implicada e refletida, que tem de ser centrada nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados” (Correia, 2012, p.26). Assim, saber intervir perante a PSC e sua família, bem como a priorização dos cuidados de enfermagem, exigem saberes, “qualificação académica e uma abertura à aprendizagem contínua” (Correia, 2012, p.27), promovendo a aquisição de competências que contribuirão para a promoção e continuidade de cuidados ao longo do processo de transição vivenciado pela pessoa doente (transição saúde-doença) e sua família (transição situacional).

O termo competência, segundo Le Boterf (2005), tende a definir-se em termos de saber agir e reagir, assim ser competente é então “saber o que fazer” e “quando”. Para este autor, a competência é representada por um triângulo que sugere uma ação, em que os seus três vértices direccionam para o: saber agir, poder agir e o querer agir.

Nesta lógica, faz sentido referir Perrenoud (1999) pois este autor refere-se à competência como uma articulação de diversos recursos cognitivos e afetivos, que permitem à pessoa estar capacitada para enfrentar um conjunto de situações complexas, articulando os saberes num dado contexto específico

e com um agir eficaz. Indo ao encontro do que foi referido, Carvalho (2003) refere que competência pode ser percebida como a capacidade de colocar em prática, numa determinada situação profissional, um conjunto de conhecimentos, comportamentos, atitudes e capacidades.

Ao analisarmos o que foi citado acerca das competências, emerge a noção de que existe uma relação entre os conhecimentos técnico-científicos, a influência do contexto organizacional, bem como os recursos disponíveis e a motivação intrínseca de cada profissional para prestar cuidados sentindo-se reconhecido pelo seu desempenho profissional (Bento, 2015).

Convém salientar a ideia que o contexto organizacional e as situações complexas mencionados acima, representam a unicidade de cada momento profissional, assim a prática e o saber mobilizado, sendo um saber construído pela experiência e na ação, é de importância fulcral, pois a singularidade de cada situação vivenciada, não se compadece com a aplicação de procedimentos standardizados (Canário, 2001). Para Schon (2000), o saber que advém da reflexão sobre a ação e na ação é encarado como um alicerce fulcral para uma construção sólida de saberes que fundamenta muitas vezes um agir profissional.

Tendo em conta a diversidade de situações complexas, que a PSC e sua família apresentam, em contextos que sempre são singulares e únicos, torna-se essencial a aquisição e desenvolvimento de competências, sendo que o processo de construção do conhecimento pelo profissional será um investimento no próprio processo de adaptação ao meio e consequentemente um cuidar holístico, tendo como base a prática baseada na evidência.

Indo ao encontro do referido, a Ordem dos Enfermeiros defende que uma prática “mais segura, mais autónoma e de maior qualidade” (OE, 2010, p. 8) está implicada com o desenvolvimento de competências profissionais e humanas promovendo desta forma cuidados de enfermagem que consigam dar uma resposta eficaz às necessidades específicas que cada pessoa doente e sua família apresentam, mantendo como traço caracterizador a vertente holística no processo de cuidados.



Ao falarmos de competências torna-se fundamental referir Benner (2005), uma vez que esta autora formulou o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências para a enfermagem. Este modelo apresenta todo um conjunto de etapas relacionadas com o desenvolvimento de competências, estratificadas em categorias sucessivas que os enfermeiros atravessam até atingir um nível de aptidão para a prestação de cuidados de excelência (Bento, 2015). Classificou então os enfermeiros em cinco níveis de aquisição de competência, sendo eles: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e expert. Referindo ainda Benner (2005), a aquisição de competências ocorre de forma progressiva, é condicionada pelas características individuais de cada profissional e pelos contextos onde este se desenvolve profissionalmente e com limitação temporal.

A mesma autora refere que, as pessoas de quem as enfermeiras cuidam, apresentam padrões que as expert aprendem a reconhecer de modo imediato. No entanto, para a mesma autora as enfermeiras expert, ainda que reconheçam rapidamente as alterações das pessoas de quem cuidam, não sabem descrever com precisão o processo que seguiram para chegar a tal conclusão. Assim, podemos concluir que existe uma discrepância entre o saber teórico e o conhecimento prático, que veio demonstrar a existência de um conhecimento implícito que se intensifica perante o reconhecimento de situações problemáticas (Benner, 2005).

Torna-se então fundamental a aquisição e desenvolvimento de competências para se alcançar o grau académico de Mestre e desenvolver uma área de perícia no âmbito da Enfermagem em PSC. Assim, tive de desenvolver, demonstrar e aplicar conhecimentos e capacidades de compreensão, de julgamento/tomada de decisão, competências de comunicação e de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2004; ESEL, 2010), de forma a proceder à realização deste relatório, passando por diversas fases ao longo dos três semestres.

Assim, o primeiro ano curricular do mestrado culminou com a elaboração de um projeto, no qual tracei o percurso a realizar no terceiro semestre. Neste documento, defini os objectivos a atingir, bem como as actividades a

desenvolver de forma a atingir as competências preconizadas. Para que tal acontecesse, selecionei contextos clínicos, nos quais me cruzei com circunstâncias de cuidados que intersectam a minha temática, em contextos prováveis de encontrar a pessoa em situação crítica no período perioperatório e sua família. Portanto, emergiram dois contextos de estágio, o Serviço de Urgência (SU) e a Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos de hospitais centrais. Esta seria a ordem definida, contudo tendo consciência de que a aprendizagem não é estanque, a sequência teve que ser alterada mas sem qualquer consequência negativa para o percurso escolhido, até porque não foi esquecido nunca que todo o percurso foi realizado de forma integrativa, mobilizando e incorporando os conhecimentos e competências especializadas adquiridas anteriormente.

Para cada contexto de estágio foi elaborado um documento que integra as competências e objetivos que se pretendia atingir, bem como as atividades a desenvolver e recursos mobilizados.

Ao longo este capítulo serão alvo de análise e reflexão essas mesmas actividades e consequentes competências atingidas.

### 3.1. Ensino Clínico I – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

Previamente ao estágio na UCIC, formulei como finalidade - desenvolver competências específicas de enfermagem que permitam responder às necessidades da pessoa em situação crítica e sua família na UCIC. Enunciei também um conjunto de objetivos e atividades a desenvolver no decorrer do estágio clínico.

A reunião combinada e organizada previamente com a Sra Enfa Chefe da UCIC, contribuiu para ter uma noção geral do serviço, bem como o foro dos doentes que o serviço possui no sentido da formulação dos objectivos acima mencionados.

O primeiro objetivo que delinieei foi - *integrar a equipa de enfermagem da UCIC*.

Numa fase inicial, considerei crucial compreender a dinâmica e cultura organizacional da UCIC, assim como integrar, enquanto aluna de mestrado, a equipa de enfermagem. Isto porque, tal como refere Rua (2011) resulta no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais para a prática de cuidados. Corroborando esta ideia Chiavenato (2001), defende que ao integrar a equipa (enquanto aluna de mestrado) a pessoa aprende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização, neste caso pela UCIC.

Para que tal acontecesse foi necessário a mobilização de competências de dimensão cognitiva, comunicacional e atitudinal (Rua, 2011).

O facto de no estágio o estudante ser acompanhado por um enfermeiro orientador contribui para uma relação de aprendizagem, que permite ao enfermeiro estudante refletir sobre ele mesmo e receber feedback e acompanhamento apropriado (Inskipp & Proctor, 1993) e com diálogo de natureza profissional, conduzir ao desenvolvimento de competências (Butterworth et al., 1995) e iterativamente para a integração na equipa de

enfermagem. Sendo que para tal, também consultei diversa documentação/protocolos disponibilizados pelo serviço.

Quando falamos no cuidar da PSC no período perioperatório emerge de forma automática como objetivo - *prestar cuidados de enfermagem à pessoa doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente em contexto perioperatório.*

Torna-se importante referir que visto este ser o meu primeiro contacto, enquanto enfermeira, com uma UCI, me situei num estadio de iniciado/iniciado avançado (Benner, 2005).

De forma a prestar cuidados “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2011) revelou-se significativa a pesquisa bibliográfica realizada, bem como a mobilização dos recursos oferecidos nas outras unidades curriculares ao longo do primeiro ano do mestrado, sendo exemplo as formações Suporte Avançado de Vida (SAV) e Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN), de forma a maximizar a aprendizagem ao longo de todo o percurso. Esta pesquisa foi uma constante no decorrer do mesmo, já que o conhecimento é muito vasto e a aprendizagem um processo constante e crescente.

Para o cuidar da PSC na UCIC, contribuiu todos os conhecimentos e competências que já adquiri enquanto enfermeira perioperatória, visto que desempenho funções num bloco operatório central (BOC), bem como a pós-graduação em BO que frequentei anteriormente. Nesta área considero que me encontro no estadio de competente, na prestação de cuidados em situação de cirurgia urgência/emergência, e no nível de proficiente quando presto cuidados numa situação de cirurgia programada. Não podendo esquecer, que este contributo está também relacionado com o facto de uma grande percentagem dos doentes internados na UCIC são do foro cirúrgico, que previamente foram submetidos a uma intervenção cirúrgica.

No decorrer do estágio foram diversas as situações de aprendizagens no exercício clínico com pessoas que tinham como foco e diagnóstico áreas médicas e cirúrgicas, bem como procedimentos técnicos, que contribuíram para o meu ganho de conhecimentos e consequentemente para a aquisição e desenvolvimento de competências. De referir, PSC com HSA (hemorragia subaracnóidea) submetida a craniectomia, com ruptura da aorta abdominal, com AVC (acidente vascular cerebral) hemorrágico, com IRA (insuficiência renal aguda) submetida a técnica dialítica contínua, assim como vítimas de múltiplos traumatismos, entre outros.

Os cuidados de enfermagem à PSC do foro cirúrgico foram tanto no período pré-operatório como no pós-operatório imediato. Isto possibilitou aprofundar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no meu contexto atual de trabalho, o contexto intraoperatório.

O facto de uma grande parte das PSC necessitarem de ventilação mecânica, invasiva ou não-invasiva, permitiu que desenvolvesse conhecimentos nesta área. Ainda que no intraoperatório os doentes submetidos a anestesia geral necessitem de ventilação invasiva, neste contexto de cuidados por não existir uma cronicidade associada à ventilação (sendo que uma grande parte dos doentes são extubados no final o procedimento cirúrgico) não existe a mesma preocupação que na UCI com os cuidados a ter durante um período prolongado de ventilação invasiva. Por exemplo, a avaliação da pressão do cuff com recurso a um manómetro, é algo que é realizado na UCI, uma vez por turno e reveste-se de grande importância já que a pressão adequada do cuff contribui para reduzir o risco de lesão da mucosa traqueal e de necessidade de aspiração (Fontaine & Morton, 2013). Os mesmos autores referem que a pressão deve estar compreendida entre 20-25 mmH.

Apesar do princípio de cada ventilador ser o mesmo e o mecanismo de ventilação ser igual, existem diferenças entre os ventiladores e os modos ventilatórios utilizados na UCI e no BO (Manica, 2004). Assim, tornou-se essencial aprofundar e mobilizar conhecimentos sobre ventilação e compreender os diferentes aparelhos ventiladores e modos ventilatórios tendo

em conta a situação clínica da pessoa e o objetivo da ventilação, tal como defende Fontaine & Morton (2013).

Para que exista uma prestação de cuidados com qualidade, é necessário que os enfermeiros compreendam os princípios da ventilação mecânica, bem como reconhecer a tolerância fisiológica específica de cada paciente (Smeltzer & Bare, 2005). Exemplo disto, é a PSC do foro neurocirúrgico, uma vez que nesta situação existe particular atenção ao valor do PEEP (pressão positiva no final da expiração), já que o aumento deste origina o aumento da pressão intratorácica e consequente aumento da PIC (pressão intracraniana) e redução do valor da PPC (pressão de perfusão cerebral). Assim, percebe-se que a ventilação mecânica tem influência direta sobre a PIC e PPC, sendo que um valor elevado da PIC e reduzido da PPC não é desejável para o doente neurocirúrgico.

Com isto, percebe-se que neste tipo de doentes é essencial a otimização e monitorização da ventilação mecânica, já que a hipoxia e hipercapnia podem aumentar drasticamente a PIC causando lesões secundárias irreversíveis (Rothrock, 2014).

Sabendo que a aspiração endotraqueal eleva o valor da PIC, por consequente aumento da pressão intratorácica e alterações dos níveis de oxigénio ( $O_2$ ) e dióxido de carbono ( $CO_2$ ), torna-se essencial que este procedimento não exceda os 10-15 segundo, tendo como pressão de aspiração máxima 120mmHg (Under et al. 2008).

Antes de qualquer acto de aspiração existiu sempre, não só nos doentes do foro neurocirúrgico, uma pré-oxigenação, colocando o ventilador com a fração inspirada de oxigénio ( $FiO_2$ ) a 100%, prevenindo assim situações de hipoxemia ou hipercapnia, tal como refere Under et al. (2008).

A existência de um tubo endotraqueal exige alguns cuidados por parte dos profissionais de saúde de forma a permitir uma ventilação eficaz pelo doente. Assim, é essencial avaliar o nível do tubo de forma a saber se existiu exteriorização ou introdução do mesmo sem intenção. Essa localização é feita com base no nível à comissura labial e deve ser registada de forma a todos os

profissionais terem conhecimento da posição correta. Esta avaliação era realizada duas vezes por turno e sempre que necessário. De referir que sempre que era reposicionado é crucial a auscultação para avaliar a ventilação bilateral dos pulmões. A fixação do tudo também é de extrema importância para que acidentalmente não ocorra o referido no parágrafo anterior.

A avaliação da mucosa oral assim como a higiene da mesma reveste-se de grande importância, pelo que esta era realizada duas vezes por turno e sempre que necessário, e utilizando uma substância à base de clorhexidina (8/8h), tal como defende Morton & Fontaine (2013).

No doente ventilado um aspeto de grande relevância a ter em conta é o próprio posicionamento, já que o doente deve ter a cabeceira a 30-45°. Para Fontaine & Morton (2013), esta intervenção possibilita a expansão pulmonar, a diminuição do risco de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) e de aspiração. Sendo que permite o controlo da PIC, o que se torna bastante benéfico nos doentes neurocirúrgicos pelos motivos já mencionados anteriormente.

Referindo-me ainda ao doente ventilado é de salientar que o mesmo, devido à incapacidade de se alimentar por via oral, necessita de ter uma sonda gástrica de forma a serem garantidas as suas necessidades nutricionais. Esta sonda deverá, segundo Morton & Fontaine (2013), para doentes com ventilação mecânica invasiva, passar para sonda orogástrica e não nasogástrica. Isto está diretamente relacionado com o facto do tubo orotraqueal (TOT) associado à sonda nasogástrica aumentar o risco de sinusite e de meningite.

Foram referidas inúmeras intervenções de enfermagem contudo uma delas que se reveste de grande importância surge logo numa fase inicial e passa pela organização dos cuidados e priorização dos mesmos. Indo ao encontro do mencionado, Cintra et al. (2000) defende que os cuidados devem ser planeados previamente a fim de permitir a implementação de intervenções de enfermagem adequadas.

A existência de ventilação mecânica, bem como a instabilidade hemodinâmica exige dos enfermeiros uma monitorização constante e uma vigilância rigorosa dos parâmetros vitais. Reforçando esta ideia, a OE afirma que “a pessoa em situação crítica é aquela que (...) cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.2). Corroborando o que foi afirmado, Fernandes (2009, p.7) refere que “a instabilidade hemodinâmica é frequente nos doentes críticos admitidos nas Unidades de Cuidados Intensivos (...)”. Assim temos assistido a um número crescente de métodos de monitorização nesta área.

Para o mesmo autor, é consensual que a informação obtida através da monitorização hemodinâmica deve ser contínua e “a manutenção dum sistema de monitorização só é eficaz se integrado num trabalho de equipa multiprofissional, realizado por enfermeiros e médicos à beira do leito” (Fernandes, 2009, p.7). Assim, percebe-se o papel que o enfermeiro tem neste campo, bem como as competências que tem que possuir nesta área, uma vez que a monitorização hemodinâmica, tem de cumprir os princípios de rigor na detecção, controlo e interpretação dos sinais, de forma a existir uma avaliação das variáveis fisiológicas fidedignas.

Tendo esta ideia como base, realizei uma pesquisa acerca da monitorização hemodinâmica, já que é um elemento fundamental na análise das principais funções circulatórias do doente crítico, permitindo antecipar a deterioração do estado hemodinâmico e avaliar a eficácia e resposta do doente à intervenção terapêutica (Capitão & Pires, 2009).

Saliento da revisão bibliográfica realizada um artigo que se centra no papel do enfermeiro na monitorização hemodinâmica (Capitão & Pires, 2009). Este artigo aborda alguns métodos de monitorização hemodinâmica, entre eles o catéter da artéria pulmonar (CAP), o doppler transesofágico e o sistema PICCO. Interessou-me particularmente o sistema PICCO, já que cuidei de dois doentes que tinham este método de avaliação e os meus conhecimentos nesta área eram deficitários.



Este método avalia de forma contínua o débito cardíaco, assim fornece dados objectivos sobre parâmetros que o determinam, como a pré-carga, a resistência sistémica e a contractilidade, facilitando deste modo o diagnóstico e o tratamento, já que é “uma ajuda preciosa na orientação da fluidoterapia no doente crítico” (Capitão & Pires, 2009).

Este artigo reserva ainda um espaço para o “papel do enfermeiro” nestes métodos. Torna-se importante referir que, são determinantes os cuidados na colocação dos diferentes métodos, na sua manutenção, no correcto funcionamento e na recolha dos dados. É importante que os enfermeiros compreendam que as decisões terapêuticas muitas das vezes são baseadas em dados colhidos pelos mesmos. Resultado de um trabalho da equipa multidisciplinar profissional, a escolha terapêutica assume uma matriz muito mais responsável, sabendo-se que a interpretação errada de dados ou “incapacidade de reconhecer complicações poderá levar a agravamento da condição do doente aumentando a mortalidade e morbilidade” (Capitão & Pires, 2009, p.54).

Referi no parágrafo anterior o assunto “fluidoterapia do doente crítico” e considero importante abordar um outro artigo que resultou da pesquisa: “Abordagem Racional da Fluidoterapia Perioperatória” (Duarte, et al. 2009). Estes autores afirmam que “a fluidoterapia perioperatória tem um impacto importante na morbilidade do doente cirúrgico” (Duarte, et al. 2009, p.27). Este artigo sustenta-se numa revisão dos fundamentos da fluidoterapia clássica e constante à luz do conhecimento atual, alguns aspetos interessantes que elenco: o jejum do pré-operatório não induz hipovolémia, a exposição cirúrgica não aumenta (como se pensava anteriormente) de forma significativa as perdas insensíveis, uma função renal pré-operatória normal não compensa atempadamente a hipervolémia e que não se justifica o preenchimento vascular antes de um bloqueio do neuroeixo.

Torna-se importante referir que tive também possibilidade de adquirir, mobilizar e aprofundar conhecimentos acerca de outros métodos de monitorização invasiva. Entre eles PSC com pressão arterial invasiva e avaliação da PIC.

A existência de um cateter numa artéria para avaliação da pressão arterial é um dos parâmetros mais utilizados nas PSC internadas em UCI (Fontaine & Morton, 2013) e permite a monitorização contínua da pressão arterial sistólica, diastólica e média sendo, utilizada frequentemente para colheitas analíticas e gasimetrias (com consequente interpretação das mesmas).

No cuidar da PSC com cateter arterial são diversos os aspetos que têm de ser tidos em conta, nomeadamente a preparação do material, do respetivo sistema (manga de pressão com 300 mmHg), posicionamento do doente tendo em conta o local da punção e colaboração durante todo o procedimento; a realização do “zero” do transdutor para otimizar o sistema; monitorizar a curva de pressão arterial, para que a mesma se mantivesse o mais fidedigna possível com o objetivo de transmitir resultados exatos (Fontaine & Morton, 2013).

Relativamente à avaliação da PIC, o contacto com este método foi muito desafiador, visto que no meu exercício clínico, enquanto enfermeira que desempenha funções no bloco operatório, é uma prática comum em intervenções cirúrgicas que têm como finalidade a colocação de um cateter no espaço ventricular, subaracnoídeo ou extradural (Manica, 2004). Apesar de ser uma prática recorrente, no BOC só é colocado o cateter na PSC, sendo que o mesmo vai clampado até à UCI e só depois aí é adaptado ao sistema. Assim sendo não tinha conhecimentos acerca deste mesmo sistema, nem experiência no manuseamento do mesmo. Após a realização de uma pesquisa bibliográfica acerca da temática e apoio por parte da enfermeira orientadora considero que adquiri conhecimentos e capacidades para a prestação de cuidados à PSC com necessidade de avaliação da PIC.

A pessoa com alterações neurológicas necessita de uma avaliação pupilar (reatividade e tamanho), utilização da Escala de Coma de Glasgow (utilizando a abertura ocular, a resposta motora e a resposta verbal) de forma a avaliar o nível de consciência de uma pessoa e, em alguns casos, da monitorização da PIC (Giugno, et al. 2003).

Não basta somente a monitorização e avaliação dos métodos, é fundamental que exista registos de enfermagem rigorosos e objetivos de forma a avaliar a eficácia das intervenções implementadas.

Os mecanismos de monitorização invasiva contribuem para uma melhor avaliação da situação clínica da PSC e consequentemente para uma intervenção terapêutica mais dirigida. Contudo, acrescenta-se também uma maior probabilidade de complicações, tais como risco de hemorragia, embolia gasosa, lesão de tecidos e infecção. Assim, tornou-se fundamental o conhecimento de protocolos e normas instituídos na UCIC, de forma a prevenir possíveis complicações de técnicas de monitorização invasiva.

Referindo-me ainda à prestação de cuidados à PSC torna-se pertinente referir os transportes intra-hospitalar que realizei, da UCIC para o BO e vice-versa, assim como da UCIC para o Serviço de Imagiologia, para a realização de tomografia axial computadorizada.

O transporte do doente crítico envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior e diferenciado (como é o caso do BO), ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efectuáveis no serviço onde o doente se encontra internado (como é o caso do serviço de Imagiologia), tal como refere a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) 2008.

Tendo em conta os riscos existentes é fundamental que o transporte da PSC seja efetuado em três passos: decisão, planeamento e efetivação, isto porque “o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas” (SPCI, 2008).

Para a realização deste tipo de transportes foi necessário a mobilização de conhecimentos de conteúdos lecionados no decorrer do mestrado, bem como a leitura do documento elaborado pela SPCI, cujo título é “Transporte de Doentes Críticos – Recomendações” (2008).

Como forma de contribuir para uma melhoria dos cuidados especializados prestados à PSC, participei no 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em PSC (ver programa no anexo I). Ainda, neste Encontro em conjunto com a professora orientadora do percurso académico e duas colegas do mesmo percurso formativo, elaboramos um póster com o título é: “A Família da Pessoa em Situação Crítica Necessidades e Intervenção Terapêutica de Enfermagem” (ver apêndice I).

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Do domínio das aprendizagens profissionais;
- Na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;

De acordo com o Programa Nacional de Controlo da Dor, sendo “inquestionável a importância da dor aguda enquanto sinalização de lesão ou disfunção orgânica” e sendo esta “um sintoma limitado no tempo, que pode e deve ser controlado” (DGS, 2008, p.5), defini como terceiro objectivo - *implementar intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da pessoa em situação crítica e família.*

Segundo a DGS (2001, p.7), dor é “ (...) pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, um verdadeiro problema de saúde pública”. Assim, em 2001, surgiu o Plano Nacional de Luta Contra a Dor e em 2003 foi publicada a Circular Normativa nº 9 da DGS que instituiu a dor como 5º Sinal Vital.

A OE também desenvolveu esforços no sentido de sensibilizar os enfermeiros para as questões da dor. Assim, em 2008, foi publicado o Guia Orientador de Boa Prática.

A dor pode ser definida como a: “percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento

de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (CIPE, 2010, p.50).

Com esta definição percebemos que um doente que “experimente uma sensação de dor não está confortável” (Santos, 2014, p.23) pelo que, o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes com dor e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (DGS, 2008).

Ao falarmos de conforto no parágrafo acima, torna-se benéfico fazer um paralelo com a Teoria de Conforto de Kolcaba. Sabendo que, a pessoa doente está a vivenciar um processo de transição, necessita portanto de cuidados de saúde durante este mesmo processo, nomeadamente cuidados que visam a satisfação das necessidades de conforto, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais (Kolcaba, 2003).

A mesma autora mencionada, refere que o cuidado físico não é somente a única responsabilidade dos enfermeiros, assim defende que as necessidades referidas no parágrafo acima podem ser de carácter físico, psico-espiritual, social e ambiental. Assim, e tal como é definido pela OE (2012), no âmbito dos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro deve ter a sua atenção centrada na dor contribuindo para a satisfação do doente, o bem-estar e o autocuidado.

Para Santos (2014, p.23), os enfermeiros desenvolvem ações que “serão tanto mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e interpretação da dor e das manifestações na pessoa”. Com esta afirmação, percebemos a responsabilidade e a implicação que estes profissionais de saúde têm na gestão e controlo da dor, garantindo o bem-estar e conforto da pessoa doente e também da sua família.

A avaliação da dor pode ser difícil de qualificar e quantificar devido ao seu carácter subjetivo (Santos, 2014) e a pessoa hospitalizada possui diversas causas que podem originar uma intensificação da dor, como o medo de certos

procedimentos, medo da morte e medo de estar longe da sua família (Fortunado, et al. 2013). Todos estes fatores associados ao facto de que na sua grande maioria as pessoas não conseguem reportar a sua dor, em contexto de UCI (Fortunado, et al. 2013; Santos, 2014), torna-se fundamental a utilização de diferentes escalas de forma a serem adaptadas a cada situação, já que estas devem dar subsídios aos profissionais para que identifiquem as alterações presentes na pessoa doente e seja adoptada a intervenção adequada (Fortunado, et al. 2013).

No decorrer do estágio na UCIC, tentei perceber quais são as escalas adoptadas pelos profissionais deste serviço (constituindo-se também uma actividade que integra o primeiro objetivo mencionado neste capítulo - *integrar a equipa de enfermagem da UCIC*) para a avaliação da dor nos doentes. Assim, percebi que existem duas escalas que são mais comumente utilizadas: a escala numérica, sendo que esta só pode ser utilizada com a pessoa acordada e que consiga compreender a explicação da mesma e a escala ESCID. Esta última é utilizada em doentes ventilados e/ou sedados, uma vez que a sua comunicação verbal está alterada, o que torna o auto-relato impossível (Morete, et al. 2014).

Os enfermeiros, enquanto “profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2008, p.8), devem dar particular atenção ao controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutico. Isto porque tal como nos indica Fortunado et al. (2013) existem alguns fatores que causam dor, entre eles: a aspiração traqueal, a alteração de decúbito, a ferida cirúrgica, a sonda nasogástrica, o cateter central, o cateter arterial, os drenos, a punção venosa ou arterial.

Desta forma, na UCIC a medicação analgésica prescrita era reajustada a cada doente de acordo com os cuidados prestados. Por exemplo, prestei cuidados a uma doente, vítima de acidente de viação, do qual resultou fratura de ambas as tíbias, havendo necessidade de alinhamento de uma das fraturas com fixador externo. A equipa tinha conhecimento que a alteração de decúbitos

durante os cuidados de higiene e conforto provocava dor na doente, assim antes dos cuidados era administrada analgesia de forma a reduzir o grau de dor e promover o conforto e bem-estar.

A utilização de técnicas de posicionamento no leito também foi utilizada como recurso para o controlo da dor. Sendo que, a avaliação deste tipo de intervenções torna-se mais fácil em doente que estão acordados, já que a comunicação está mantida.

A avaliação da dor, a adoção de medidas e sua reavaliação, eram registadas na folha de enfermagem de modo sistemático.

De salientar que os registos são essenciais para o exercício da enfermagem nomeadamente para a continuidade dos cuidados. Essa importância foi demonstrada por Florence Nightingale e está referida, sob a forma de dever, no Artigo 83.º do Código Deontológico. Assim, no respeito do direito ao cuidado de saúde, o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, através do registo fidedigno das observações e intervenções realizadas (Costa, 2012). Corroborando esta ideia, Figueiroa-Rêgo (2003), defende que os registos de enfermagem, para além de dar continuidade aos cuidados, permitem a avaliação dos mesmos, facilitando a sua investigação e otimizando a gestão dos serviços.

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;

Defini como quarto objetivo - *planear intervenções terapêuticas de enfermagem que visem a prevenção e o controlo da infeção na pessoa em situação crítica.*

A definição deste objectivo levou-me a realizar uma leitura do documento intitulado de “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde” (PNCI) elaborado pela DGS (2008).

Segundo o documento acima mencionado, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), não são um problema novo contudo assumem, particular relevância na pessoa em situação crítica (OE, 2011) e “cada vez maior importância em Portugal e no mundo” (PNCI, 2008, p.4), isto porque o aumento da esperança média de vida associada à evolução tecnológica origina um maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumentando assim o risco de infecção (PNCI, 2008).

Sabendo que, segundo a OMS, “um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS” (PNCI, 2008, p.6) e que, segundo a DGS “cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis” (2007 cit in. OE 2011, p.2), torna-se fundamental o desenvolvimento de competências relacionadas com o controlo de infecção hospitalar.

Assim, no início do estágio na UCIC, consultei o manual de controlo de infecção, realizado por profissionais do próprio serviço, do qual consta diversa informação acerca dos cuidados a ter com diversos procedimentos bem como periodicidade de algumas ações. A referir: a utilização de pensos transparentes (sem compressa) nos CVC e nos cateteres arteriais de forma a observar-se o local de inserção do cateter e podermos desta forma avaliar os sinais de inflamação/infecção que possam surgir. Apesar de estar preconizado a mudança de três em três dias dos pensos destes cateteres, a verdade é que esta alteração era feita mais cedo, isto porque, ou devido à sua localização ou durante os cuidados de higiene, os mesmos acabavam por sofrer alguma manipulação, havendo a necessidade de se realizar o(s) penso(s).

As traqueias de cada doente ventilado deveriam ser mudadas a cada 7 dias, ou quando necessário, associada à contaminação por sangue ou secreções, tal como nos indica Baird & Bethe (2012).



Os próprios sistemas de alimentação entérica também são mudados a cada três dias, isto porque a permanência dos mesmos promove a proliferação bacteriana.

A aspiração das secreções endotraqueais foi realizada utilizando a técnica asséptica cirúrgica e os meios de proteção individual (máscara, touca e luvas estéreis) (Baird & Bethel, 2012) com recurso a uma sonda de aspiração adequada ao tamanho do TOT, registando posteriormente as características das mesmas (cor, quantidade e consistência).

A higienização das mãos antes e após o contacto com o doente é uma técnica de extrema importância, assim como a aspiração de secreções acima do cuff: antes de mobilizar/transportar o doente e desinsuflar o cuff.

Os cuidados mencionados tornam-se essenciais nos cuidados ao doente ventilado, uma vez que a PAV é uma das mais comuns e a principal causa de morte em UCI segundo Fontaine & Morton (2013).

Considero importante referir da pesquisa bibliográfica realizada um artigo escrito por dois enfermeiros cujo título é “Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica” (Matos & Sobral, 2010). Estes autores referem que a PAV é uma preocupante infeção nosocomial que ocorre em cerca de 30% dos doentes com ventilação mecânica.

A leitura deste artigo surgiu após o contacto com um doente que tinha um tubo endotraqueal com aspiração sub-glótica. Este tipo de tubo era algo que conhecia da bibliografia consultada ao longo do mestrado, contudo nunca tinha tido contacto com o mesmo, pelo que senti necessidade de investigar acerca do mesmo. Segundo os mesmos autores, os tubos endotraqueais com aspiração sub-glótica “poderão ser eficazes na prevenção da PAV precoce, e o seu uso poderá ser uma mais-valia na diminuição da PAV” (Matos & Sobral, 2010, p.64).

Também tive a possibilidade de manusear um sistema de aspiração fechado, no qual não há necessidade de desadaptação do tudo, contribuindo

para a diminuição da contaminação associada à manipulação do tubo traqueal (Matos & Sobral, 2010).

Os mesmos autores defendem a higienização oral a cada 2-4h utilizando preferencialmente solução de clorhexidina como forma de diminuição da colonização do orofaringe. O número de vezes que é realizada a higiene oral é variável de doente para doente, dependendo da produção das secreções do mesmo.

Nas intervenções terapêuticas de enfermagem que visem a prevenção e o controlo da infecção na pessoa em situação crítica, de salientar o uso de barreiras de contacto, quer seja por recurso a uma solução alcoólica (junto a todas as camas) para que, de um modo prático e rápido, as mãos possam ser higienizadas, quer seja através da utilização de equipamento de proteção individual (EPI). De salientar, que eram também realizados ensinamentos à família e/ou pessoas significativas acerca da higienização das mãos e uso, em caso de isolamento de contacto, de EPI.

O próprio internamento é um fator de stress e um motivo de preocupação para a família (Rodrigues, 2013), sendo que um internamento numa UCI é normalmente um acontecimento súbito, perante o qual a família não tem tempo para se reorganizar, o que promove ainda mais sentimentos de angústia e fragilidade (Campos, 2014). Se associarmos isto ao facto da pessoa doente se encontrar num quarto de isolamento, sendo necessário a família vestir todo o equipamento necessário, vai originar ainda mais ansiedade perante toda esta situação. Percebe-se a necessidade que a família tem acerca de informação neste domínio.

Ao longo do estágio na UCIC, apercebi-me que as pessoas tinham receio de tocar no seu familiar/amigo e que este medo era agravado pela existência de EPI, pois consideravam que o facto de tocarem na mão ou na face seria prejudicial para a pessoa doente. Assim, foi benéfico a explicação do motivo pelo qual era necessário a utilização deste tipo de equipamento e que qualquer contacto físico não iria causar dano na pessoa doente. Corroborando esta intervenção, Campos (2014, p.34) refere que o “(...) afeto poderá aliviar

sentimentos de isolamento e solidão e ajudar a família a partilhar sentimentos e emoções, ajustando a doença de um elemento à resposta emocional de todos”.

Ainda referindo-me à pessoa em situação crítica com necessidade de isolamento, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma doente submetida a descolonização devido a MRSA (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*). Numa fase inicial foi realizado a colheita do exsudado nasal que foi posteriormente para análise. Uma vez positivo, foi comunicado ao serviço o resultado e em articulação com os serviços farmacêuticos procedeu-se ao protocolo de descolonização. Para além das medidas relativas ao isolamento de contacto, a higiene da doente também estava contemplada neste protocolo, da seguinte forma:

- A nível nasal: lavar as narinas com soro fisiológico e aplicar mupirocina a 2%, 2x/dia, durante 5 dias. Após a aplicação pressionar o nariz a fim de distribuir o produto pela mucosa nasal;

- A nível da pele: banho diário com sabão antisséptico (clorhexidina a 4%) durante 5 dias. Deverá haver especial cuidado nas zonas em que a colonização é mais frequente, nomeadamente: axilas, virilhas e área perineal.

Até agora referi intervenções de enfermagem que visam o controlo e prevenção da infeção que são realizadas pelos enfermeiros que estão diretamente implicados nos cuidados, contudo tive a oportunidade de acompanhar a Sra Enfa responsável pela gestão dos cuidados (2º elemento) durante um turno. Assim, pude constatar a implicação direta que este elemento tem na temática aqui referida. Primeiro, porque reúne o máximo de informação acerca de cada doente e assiste à passagem de turno médica (à qual também tive a possibilidade de assistir e participar). Segundo, porque tal como solicitado pela Comissão de Infeção Hospitalar, diariamente tem que realizar um registo no qual inclui o número de doente que possui cateter venoso central, cateter arterial e drenagem vesical, isto porque todos estes dispositivos contribuem para o aumento da possibilidade de infeção e são úteis estes dados para fins estatísticos no sentido de monitorizar a situação e aferir procedimentos.

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Concebe um plano de prevenção e controlo da infecção para resposta às necessidades o contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;

Ainda na elaboração dos objetivos, defini também - *promover uma comunicação eficaz entre a pessoa em situação crítica, a sua família e equipa de enfermagem, considerando a natureza do processo de transição.*

O internamento numa UCI, rompe bruscamente com o modo de viver da pessoa doente e sua família (Santos, 2012), assim a comunicação torna-se essencial para a relação enfermeiro-pessoa doente, devendo ser terapêutica.

Nos doentes que não estavam ventilados e sedados, a comunicação verbal não estava afetada, contudo a adaptação da linguagem tem que existir de acordo com a complexidade de cada situação clínica bem como a cada pessoa, considerando a sua literacia em saúde e necessidade ou desejo de comunicar.

No decorrer do estágio na UCI, muitos eram os doentes que à chegada ao serviço já se encontravam ventilados e sedados, pelo que só após o nível de sedação ser reduzido é que tinham a percepção do meio envolvente. Nesta fase, tentava estar presente pois a pessoa apercebe-se que está num ambiente estranho, rodeado de fios e monitores, com diversos ruídos desconhecidos, que contribuem para o aumento da ansiedade, confusão e insegurança. Assim, é essencial que o enfermeiro esteja presente de forma a tranquilizar a pessoa doente, já que nesta etapa, a extubação ocorre posteriormente à redução da sedação. Pelo que, o doente além de todos os receios e medos inerentes à situação, não consegue falar, o que contribui ainda mais para o aumento do nível de ansiedade.

Uma vez tranquilizado e mais calmo, ou mesmo em situações que a pessoa está entubada endotraqualmente e sem sedação, a comunicação pode ser feita através de quadros ou de mimica.

O nível de sedação de cada doente é avaliado de acordo com a Escala de Ramsay. Esta escala, segundo Mendes et al. (2008), aproxima-se muito do método ideal, já que as definições são simples e intuitivas, o que a torna de fácil compreensão, podendo ser aplicada de forma simples e concreta.

Na UCIC a avaliação é realizada duas vezes por turnos e sempre que se justifique, por exemplo quando o nível de sedação é aumentado ou reduzido.

Relativamente à comunicação para avaliação da dor, a mesma já foi abordada anteriormente.

Tal como já foi mencionado anteriormente, a pessoa em situação crítica no contexto da prestação de cuidados de saúde não pode ser encarada como um ser isolado, uma vez que integra uma dinâmica familiar, que é o seu núcleo essencial, onde cresce e se socializa. Assim, percebemos que perante a doença de um elemento, o enfermeiro deve envolver o seu alicerce, que é a sua família, uma vez que esta também sofre os efeitos desta situação muitas vezes inesperada (Silva, 2012).

Como refere a OE o cuidar da família da pessoa em situação crítica é uma competência do enfermeiro especialista nesta área o qual tem o dever de assistir “ (...) a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (2011, p.3). Com isto, percebemos a necessidade de uma comunicação eficaz perante a mesma, já que as dúvidas, mitos, receios e medos são muitos. Torna-se então essencial a promoção de comunicação entre os profissionais de saúde e a família da pessoa doente com a finalidade de apoiar a família na tomada de decisão bem como na gestão de emoções (Lautrette, et al. 2007).

Para Silva (2012), no primeiro contato, as UCI's apresentam um ambiente hostil quer para a pessoa em situação crítica, quer para a sua família, pois caracteriza-se por um espaço “(...) fechado e complexo, tecnológico, com a

permanência de pacientes em estado de saúde crítica e com grande risco de vida, onde o prognóstico é na sua grande maioria reservado” (Fontes & Ferreira, 2009, p. 34).

Para além da situação de internamento, em que estar internado numa UCI “é diferente de ser internado num outro serviço” (Mendes, 2013, p. 46), são muitos os fatores que contribuem para o aumento da ansiedade dos familiares, entre eles o facto ser um ambiente não familiar, com ausência de luz natural, com ruídos sonoros monótonos e intensos, rotinas rígidas e inflexíveis, entre outros (Silva, 2012). Assim, tal como refere um estudo realizado por Maruiti et al. (2008), com o objetivo de identificar a ocorrência de sintomas de ansiedade e/ou depressão em familiares de doentes internados numa UCI, o apoio à satisfação das necessidades da família da pessoa doente, assim como o suporte emocional devem ser prioridade no plano de cuidados dos enfermeiros de forma a prevenir a instalação desses sintomas. Indo ao encontro do referido, Mendes defende que “a família torna-se cliente de enfermagem, pela vivência de um processo de transição saúde-doença, de um dos seus membros” (2013, p.19).

Ao longo do estágio na UCIC, pude constatar que mais do que informação acerca da sua situação clínica, a família necessita de informação quanto aos cuidados que lhes são prestados, se tem dor e de que forma podem ou não tocar na pessoa doente. Considero que, perante o que pude observar e nos cuidados que prestei à PSC e sua família, o conforto da pessoa doente é a principal preocupação dos familiares.

Reforçando o que mencionei, um estudo realizado por Engstrom & Soderberg (2004), indica que o facto de estar junto da pessoa doente, contribui para uma redução da exaustão da família, sendo que se puder falar ou tocar no seu familiar doente a visita terá outro significado.

Quando é a primeira visita da família, previamente à chegada ao serviço, a mesma é encaminhada para uma sala onde são fornecidas algumas informações, pelo médico e enfermeiro responsáveis, acerca da situação clínica do seu familiar. Aqui, é explicado, para além da situação clínica, o modo

como a pessoa se encontra, por exemplo, que tem diversos “fios” em seu redor, que está entubado o que impossibilita a sua comunicação oral mas que contudo podem falar e tocar na pessoa doente. Esta informação é importante pois ajuda na compreensão daquilo que os familiares vão observar e segundo Engstrom & Soderberg (2004) a presença assídua e contínua dos familiares tem um efeito tranquilizador na pessoa doente, já que se sentem mais seguros por puderem ver e ouvir as pessoas significativas.

Relativamente à temática, promoção da comunicação, refiro particularmente a alteração desta no doente crítico e sobre a importância da mesma para a família. Contudo, não é menos importante a comunicação entre os diferentes elementos da equipa de enfermagem, bem como a comunicação de equipa multidisciplinar. Corroborando o que afirmei, Broca & Ferreira (2012, p.98), referem que “uma relação de comunicação eficiente entre todos os membros da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar contribui para que as inter-relações profissionais estabelecidas no trabalho delimitem, melhor se a assistência ao paciente será ou não humanizada”. Assim, tal como refere Saraiva “a comunicação constitui-se num instrumento básico para o cuidado, sendo ferramenta primordial para formação de vínculo e satisfação das necessidades do doente” (2014, p.4).

Para Boat & Spaeth (2013), a comunicação entre profissionais é um elemento fundamental para a manutenção da segurança e continuidade dos cuidados de enfermagem originando assim a troca de informações relevantes quanto ao processo de transferência da pessoa e família de forma oral e escrita (Catalano, 2009).

Na UCIC, os registos são realizados numa folha de registo própria que incluem dois turnos, ou seja cada folha dá para 24h de registos acerca daquele doente. Contudo, o registo informático, segundo linguagem CIPE está a ser introduzido aos poucos, de forma a que toda a equipa multidisciplinar fique familiarizada com o mesmo.

Segundo a OE e o Conselho Internacional de Enfermeiros, CIPE é “um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros

enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática” (2010, p.7).

Embora a informação acerca da apreciação realizada, assim como intervenções efetuadas e respetiva avaliação estejam devidamente registadas, existe sempre um momento por excelência de troca de informação de forma a assegurar a continuidade dos cuidados através da transmissão verbal de informação, num momento de análise das práticas e de formação em serviço (Cavaco & Sousa, 2013; Teixeira, et al. 2013).

Tal como foi mencionado, a passagem de turno é encarada como um momento que facilita a comunicação mas que também promove a reflexão e a discussão de diversas situações (Teixeira, et al. 2013). Torna-se pertinente referir um caso de uma doente submetida a ventilação mecânica não-invasiva mas que não estava adaptada à máscara facial. Assim, houve um elemento que referiu a possibilidade de alteração da máscara para o capacete, já que existia no serviço mas que por falta de exercício e de conhecimento dos profissionais ainda não tinha sido utilizado. Depois da pesquisa realizada por este Sr. Enfermeiro acerca desta mesma temática, resultou uma transmissão de informação à restante equipa, tendo como consequência a alteração do interface. Foi também para mim um momento de aprendizagem, já que na prática nunca tinha observado este tipo de interface na ventilação mecânica não-invasiva.

Neste serviço pude observar uma realidade diferentes daquela que eu conhecia, que está relacionada com o facto da Sra Enfa responsável pelos cuidados (2º elemento) participar sempre na passagem de turno da equipa de enfermagem (às 8h) e de seguida participar na passagem de turno médica (às 9h). Sendo que na ausência desta a Sra Enfa Chefe do Serviço é que a substituí.

Nos dois turnos que realizei com a chefia, de aquisição de competências relativas à gestão, pude verificar que este método melhora os cuidados prestados e beneficia significativamente a pessoa doente.



Com este método existe uma comunicação mais eficaz entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. Elenco duas situações em que a interação e presença foram significativas: uma situação em que o médico suspendeu a administração do antibiótico de um dado doente, contudo a requisição impressa mantinha essa mesma prescrição. Visto, que a Sra Enfa responsável se apercebeu deste lapso, na passagem de turno médica, ao ouvir que a antibioterapia tinha sido suspensa entrevistou e verbalizou que tal facto ainda não se tinha verificado. Vejamos outra situação, estava internado neste serviço um doente vítima de acidente de viação, sendo que a sua esposa e os seus filhos estavam internados noutra hospital da região de Lisboa. Tendo em conta que os horários das visitas dos diferentes serviços eram sobrepostos, tornava-se difícil os familiares estarem fisicamente presentes em dois locais em simultâneo. Assim, na passagem de turno médica, a enfermeira referiu esta situação e em conjunto encontrou-se soluções para que a situação pudesse ser minimizada e de seguida, na passagem de turno da equipa de enfermagem transmitiu essa mesma informação.

Tal como mencionei no parágrafo anterior, realizei dois turnos com a chefia de aquisição de competências de gestão. A Sra Enfa responsável que mencionei anteriormente, é considerada como o segundo elemento da equipa e está diretamente relacionada com a gestão dos cuidados. Possui uma noção de todos os doentes internados na UCIC, assim como as necessidades especificadas de cada e das suas famílias. A Sra Enfa Chefe, com quem realizei também um turno, está mais relacionada com a gestão dos recursos humanos, assim como do material.

Tive a oportunidade de realizar três sessões de formação intra-equipas com o tema: “Importância que os enfermeiros dão às necessidades da família da pessoa em situação crítica e de que forma registam os cuidados de enfermagem prestados à mesma”.

Considero que no serviço em questão, a família é inserida no plano de cuidados e encarada como parceira no cuidar, tanto por parte da equipa de enfermagem como da equipa médica. O familiar/pessoa significativa é sempre acompanhado por um assistente operacional desde a porta de entrada do

serviço ao seu familiar/amigo doente e durante a visita acompanhado por um enfermeiro. Excepto na primeira visita que é desde logo acompanhado pelo enfermeiro responsável pela pessoa doente em causa.

Tanto na passagem de turno da equipa de enfermagem como da equipa médica, é sempre referida a família de cada doente no decorrer da mesma, bem como existe particular atenção dos diferentes elementos em saberem que informação a família sabe ou ainda não sabe, de forma a irem ao encontro do conhecimento que já possuem e caso necessário, integrarem novas informações.

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Do domínio da gestão dos cuidados;
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

O sexto objetivo que defini foi - *prestar cuidados de enfermagem à família da PSC, tendo em conta as suas necessidades, nomeadamente em contexto perioperatório.*

Segundo Remijo & Fonseca (2012), o doente cirúrgico e a sua família sentem a necessidade do cuidar, por parte os enfermeiros, de forma particular, isto porque muitas das vezes a cirurgia está associada a uma rutura abrupta do ambiente familiar, estando assim relacionada com medos, como da dor e da morte, e ao desconhecimento de todo o processo cirúrgico e pós-operatório.

Ao longo do meu exercício clínico enquanto enfermeira no período perioperatório, tenho constatado que existe uma preocupação maior, por parte dos familiares, relativamente a cirurgia neurológica. Possivelmente, porque para além de complexa e delicada, o procedimento cirúrgico é efetuado num órgão que controla funções vitais no organismo, sendo que em caso de lesão cerebral podem existir sequelas irreversíveis que originam limitações físicas (Remijo & Fonseca, 2012). Assim, a possibilidade de redução da autonomia e

independência destes doentes, pode originar a que a família se depara com uma nova realidade de adaptação, daí os receios, medos e mitos associados muitas vezes a este tipo de cirurgias.

No decorrer do estágio na UCIC, prestei cuidados à PSC submetida a cirurgia neurológica e tive a oportunidade de poder observar o que referi anteriormente, ou seja, enquanto num doente do foro médico e ou de outra especialidade cirúrgica, o maior medo da família é “será que vai sobreviver?”, neste tipo de doente, o receio da família não é somente esse mas também “será que vai ficar com sequelas neurológicas?”. De referir que esta observação que estou a fazer é com base no meu exercício clínico, o que me levou a estar mais desperta para esta situação nas famílias que cuidei durante o estágio.

Nas minhas intervenções de enfermagem perante a família, independentemente do tipo de cirurgia a que a pessoa doente tivesse sido submetida, tentava sempre envolver a família no processo de recuperação e de reabilitação, pois tal como defende Remijo & Fonseca (2012), o envolvimento da família do doente cirúrgico ultrapassa o cuidado no domicílio.

Assim, tendo como ponto de partida as próprias vivências de cada família e percebendo que cada pessoa experiencia o período perioperatório de forma singular e única, começava por perceber o que a família já conhecia acerca da situação e questões que tinham sobre a mesma. Isto porque muitas vezes existem dúvidas que não são esclarecidas e que vão originar um conjunto de construções erradas em redor da situação. Refiro a situação de uma senhora que considerava que o esposo ia ventilado para o seu domicílio, quando na realidade não só não ia ventilado como iria, após o período de internamento, sem qualquer limitação física ou cognitiva.

Numa primeira abordagem é explicada, à família, a situação clínica do seu familiar doente, pelo médico e enfermeiro responsável e só posteriormente é encaminhado para junto do mesmo. Nesta fase inicial, a pouca experiência que tive ao longo deste estágio, sugere-me que não existem questões ou dúvidas, já que estas só ocorrem após o contato com a pessoa doente e um

período de reflexão junto da mesma. Considero que, neste momento existe a necessidade de proximidade e só depois a necessidade de informação, tentando sempre que seja fornecida de forma adequada, com palavras simples e de acordo com o nível de conhecimentos dos familiares (Beccaria et al. 2008).

Se nos períodos intra-operatório e cuidados pós-anestésicos não existe preocupação com a alimentação, na UCI isto não se verifica e é um momento importante dos cuidados, pois é um dos principais fatores que determina a evolução da situação clínica da PSC. Esta ideia é reforçada por Costa (2012), referindo que no doente crítico o prognóstico é influenciado pelo suporte nutricional.

A desnutrição é um problema grave durante o período de internamento, sendo que assume maior relevância quando nos referimos à PSC, isto pois apresentam um hipermetabolismo e um hipercatabolismo acentuado (Costa, 2012). Se associarmos este conhecimento ao facto da família entender que o processo de cuidar “(...) é traduzido (...) pela alimentação dentro do ambiente hospitalar” (Remijo & Fonseca, 2012, p.465), percebemos que o envolvimento da família em todo o processo do cuidar da PSC inclui também os cuidados com a alimentação e hidratação.

O horário das visitas da UCIC contempla o período das refeições, contudo apesar de as UCI’s estarem associadas a horários rígidos, na verdade ser regido não é sinonimo de inflexível, pelo que um dos motivos pelos quais existe possibilidade de alteração do horário é caso a familiar queira participar no período da refeição mas que para tal acontecer terá que ser noutro período.

Realço com interesse a flexibilidade que a família tem quanto aos horários de visitas, bem como o número de pessoas por visita. Não nos podemos esquecer que cuidar “é uma atitude de consideração, de conhecimento, de amor, de solidariedade; inclui perceber a vulnerabilidade do ser humano e suas necessidades de cuidado (...)”(Remijo & Fonseca, 2012, p.465). Assim percebemos, para que as famílias cumpram o seu papel de

suporte, também elas precisam de suporte para as suas necessidades físicas e emocionais (Fontes & Ferreira, 2009).

Apesar de após o internamento na UCI, existir ainda um período até à alta é essencial que as intervenções dos enfermeiros visem a preparação da mesma, uma vez que esta preparação é uma forma de garantir a continuidade dos cuidados após a alta (Pompeo, et al. 2007). Esta preparação consiste em orientações e ensinamentos fornecidos à pessoa doente e sua família acerca da necessidade de cuidados que irá precisar após a alta.

Cuidei de um doente submetido a uma intervenção cirúrgica, da qual resultou uma colostomia temporária, pelo que o doente iria ter alta para o seu domicílio com a mesma. Numa fase inicial era eu que prestava os cuidados à mesma, em que a pessoa, pelo desconforto, sentimentos de revolta e fragilidade (Mendes, et al. 2014), contudo no decorrer do internamento, a pessoa já se encontrava mais receptiva aos ensinamentos e foram explicados alguns cuidados a ter com a colostomia, tendo sempre em conta que é essencial dosear a informação fornecida, já que a pessoa necessita de tempo para reflexão e adaptar-se à nova situação. O Sr. referiu ainda que gostaria que a esposa assistisse, de forma a aprender também. Na UCIC tal procedimento não foi possível pois o Sr. foi transferido de serviço, contudo o plano de cuidados manteve-se atual.

Ainda diretamente relacionado com o cuidado à família no período perioperatório, ao longo do estágio na UCIC tive a oportunidade de assistir e de compreender a dinâmica das consultas pré-operatórias.

Estas consultas, podem ou não estar diretamente relacionadas com a PSC, uma vez que pressupõem uma cirurgia eletiva, ou seja marcada previamente e em muitas cirurgias de urgência não existe esta programação. Neste caso, de cirurgia de urgência que acabei de descrever não há possibilidade da realização deste tipo de consulta. Contudo, sabemos que muitas são as cirurgias, que pela sua natureza ou mesmo pela patologia associada da pessoa intervencionada, esta será alguém que necessita de

cuidados intensivos no pós-operatório. Aqui, existe uma cirurgia programada em que é possível a realização da consulta pré-operatória.

Um outro motivo pelo qual optei pela observação da dinâmica deste tipo de consultas, foi pelo facto dos enfermeiros que realizam as mesmas (são realizadas no dia anterior à cirurgia) tentarem que a mesma seja efetuada na presença da família. Isto porque contribui, não só para o esclarecimento e dúvidas e receios da pessoa doente bem como do familiar presente.

Por tudo o que foi mencionado acerca a família da PSC, percebe-se claramente que a mesma tem uma vulnerabilidade acrescida pelo processo de transição situacional que está a experienciar, secundário ao processo de transição saúde-doença que a PSC vivencia. Assim, considereei pertinente a elaboração de um jornal de aprendizagem que abordasse a vulnerabilidade a família.

Ainda acerca da família da pessoa doente, de salientar a participação nas 4ª Jornadas da Unidade Saúde Familiar do Parque, cujo tema era: “Família, Saúde e Doença”. O programa das mesmas encontra-se no anexo II e o diploma de participação no anexo III.

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Do domínio das aprendizagens profissionais;
- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação critica e/ou falência orgânica;
- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação critica de saúde/doença e/ou falência orgânica;

Indo ao encontro das necessidades de cada família, de forma a potenciar um processo de transição situacional saudável, elaborei ainda como objetivo - *implementar intervenções terapêuticas de enfermagem que subsidiem a família no desenvolvimento de estratégias de coping e ganho de confiança no processo de transição durante o período perioperatório.*

O internamento de um membro da família origina uma crise familiar, que conduz a um conjunto de mudanças, exigindo uma reorganização familiar (Santos & Figueiredo, 2013). É neste contexto de adaptação à nova realidade que os enfermeiros têm que intervir de forma a fornecer à família estratégias para esta nova fase culminar num processo de transição saudável, indo ao encontro da natureza individual e unicidade da pessoa.

Tal como já foi mencionado no capítulo “enquadramento teórico”, os padrões de resposta, da Teoria de Transição de Meleis, podem ser indicadores de processo e indicadores de resultado (Meleis, 2000). Estes indicadores têm como objetivo ajudar a compreender a forma como o processo de transição está a decorrer, se de uma forma saudável ou não. Para Meleis (2000), possibilita avaliar se o indivíduo está na direção da saúde e melhor bem-estar ou em risco de maior vulnerabilidade.

Os indicadores de processo incluem, entre outros, o desenvolvimento de estratégias de coping, já que o recurso a estes mecanismos contribui para uma melhor adaptação à nova situação de saúde.

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;

Como último objetivo, defini - *avaliar os indicadores de resultado, nomeadamente a mestria da família, ao longo de cada processo de transição face à situação de doença crítica.*

Nos indicadores de resultado está englobada a mestria que pretendia avaliar após as minhas intervenções terapêuticas de enfermagem. Contudo, não foi possível realizar esta avaliação devido ao período curto de

internamento dos doentes no serviço e tal como indica Meleis (2000) uma das propriedades do processo de transição é o “espaço de tempo”, em que na avaliação da transição, é indispensável considerar a possibilidade de variabilidade ao longo do tempo.

Apesar de não conseguir avaliar a mestria da família do processo de transição que estava a decorrer naquele momento, pode constatar que em famílias que já tinham vivenciado situações semelhantes no passado, possuem uma capacidade de adaptação à nova situação mais eficaz comparativamente a outra família que esteja a experienciar a mesma situação pela primeira vez. Ora vejamos, a situação de uma esposa que foi visitar o seu marido, sendo que este já era o seu segundo internamento numa UCI e a mesma já estava familiarizada com o ambiente que iria encontrar. A esposa já sabia o que era “ver o esposo ventilado” SIC e apercebi-me disso pelo modo como reagiu ao chegar junto do Sr. assim como da forma que tocou imediatamente na sua mão e lhe deu um beijo na face. Inicialmente aproximei-me da unidade e apresentei-me, ao que a Sra. verbalizou “pensei não o voltar a ver assim” SIC.

Isto está diretamente relacionado com a própria consciencialização que a esposa tem de toda a situação, uma vez que reconhece esta experiência como uma transição (Meleis, 2000). Assim, este conhecimento prévio é encarado como uma condição que facilita o processo de transição, pois segundo Meleis (2000), o conhecimento está diretamente relacionado com a preparação e ajuda durante a transição. Sendo visto como uma estratégia para a vivência de uma transição saudável.

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;



### 3.2. Ensino Clínico II – Serviço de Urgência

No início do estágio no SU, defini como finalidade deste ensino clínico - *desenvolver competências específicas de enfermagem que permitam responder às necessidades da pessoa em situação crítica e sua família no Serviço de Urgência.*

A reunião combinada previamente com o Sr. Enf Chefe do SU, contribuiu para ter uma noção geral do serviço, bem como da dinâmica do mesmo o que facilitou na formulação dos objetivos.

Como primeiro objetivo delinieei – *integrar a equipa de enfermagem do SU.*

Este objetivo tem na sua essência não apenas, o conhecimento da cultura organizacional e a minha integração enquanto aluna de mestrado na equipa de enfermagem mas também a compreensão do circuito da pessoa doente desde o momento que chega ao SU até ao momento da alta ou transferência de serviço. Tendo em conta que diversas são as valências existentes no SU.

O que referi do parágrafo acima julgo de extrema importância, uma vez que não possuo qualquer experiência na abordagem à PSC assim como desconheço a realidade e forma de funcionamento do SU. Pelo que, considero posiciona-me no nível do iniciante avançado/competente (Benner, 2005), devido à experiência profissional que já adquiri no decorrer o meu exercício profissional enquanto enfermeira de bloco operatório, o que permitiu mobilizar competências já adquiridas para o estágio no SU.

Assim, a prestação de cuidados nas diversas valências do SU torna-se crucial, de forma a desenvolver competências de antecipação em situações de instabilidade e/ou risco falência orgânica, demonstrando habilidades técnico-científicas, consciência crítica e otimizar o trabalho de equipa (Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

Como segundo objetivo, na prestação de cuidados de enfermagem especializados no SU defini - *prestar cuidados de enfermagem à pessoa doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente em contexto perioperatório.*

Na prestação de cuidados à pessoa doente no SU, senti ser uma realidade que não dominava pela diferença que é o SU e o BO. O BO é considerado um serviço que possui um ambiente controlado e organizado, em que mesmo sendo um bloco de cirurgias urgentes e emergentes, existe sempre um contacto prévio sobre os doentes que vão ser intervencionados, ou seja, existe tempo (mesmo que pouco muitas vezes) para uma preparação prévia quer da sala operatório, quer do material que virá a ser preciso durante o procedimento cirúrgico. Aqui, em cada sala operatória existe somente um doente a ser intervencionado, ou seja, os meus cuidados passam só por aquela pessoa naquele dado momento. No SU este rácio, profissionais de saúde-doente, já não é o mesmo. Aqui, a afluência de doentes é grande e por múltiplas razões transformou-se na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2001), em que são observados doentes com diferentes graus de gravidade, desde situações não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais (urgência) e situações clínicas de compromisso de uma ou mais funções vitais, estabelecido ou eminente (emergência) (DGS, 2001).

A pessoa pode dirigir-se ao SU por meios próprios, trazida pelos bombeiros ou pelo veículo de emergência médica e reanimação (VMER). Aquando da chegada e após a inscrição neste serviço, a mesma aguarda a chamada para a Sala de Triagem ou entra directamente para a Sala de Reanimação (normalmente quando acompanhada pela VMER).

Devido à necessidade de conhecimento da dinâmica de todo o serviço, assim como dos diversos postos, e tendo em conta os meus objetivos, o Sr. Enf. Orientador em conjunto comigo e com o Chefe de Equipa, organizamos o estágio de forma a poder contactar com todas as realidades do serviço, sendo que permaneceria mais tempo na Sala de Reanimação e na Sala de Observação (SO), uma vez que são nestes locais que existe um maior número de PSC.

Assim, tive oportunidade de observar e acompanhar o Sr. Enf. orientador no posto de triagem, com a finalidade de compreender como se realiza a triagem de Manchester. Inicialmente, tive acesso e procedi à leitura do documento, que os locais de triagem possuem, que explica os diversos fluxogramas bem como as diferentes vias verdes existentes e o que origina a ativação das mesmas. Este documento tem como finalidade auxiliar e esclarecer qualquer dúvida que o profissional de enfermagem possa ter durante a avaliação.

Apesar de não ter qualquer experiência, e de não ter contacto prévio, com a realização da triagem de Manchester, já possuía a noção de que é algo, devido à sua especificidade e rapidez com que tem e ser realizada, que deverá ser realizada por um enfermeiro perito em triagem de forma a ser capaz de identificar rapidamente os sinais e sintomas, apercebendo-se da situação como um todo, através da mobilização de situações concretas que já vivenciou e indo diretamente ao centro do problema (Benner, 2005). Corroborando esta ideia, Silva (2009) defende que o processo da triagem exige ao profissional capacidade de interpretação, discriminação e avaliação, sendo necessários requisitos como o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e, até mesmo, a intuição.

No turno que permaneci neste posto não se verificou nenhuma situação que possa exemplificar o que mencionei acima, contudo no decorrer de um turno em que estava no SO, foi internado um doente diabético que se dirigiu ao SU como sintomas de “dor epigástrica inespecífica”. Neste caso, o enfermeiro que triou não seguiu o fluxograma de “Dor Abdominal”, mas sim o de “Dor Torácica”. Em que após a realização de um electrocardiograma de 12 derivações foi diagnosticado Enfarte Agudo do Miocárdio, sendo compatível com as análises sanguíneas.

De referir também a existência de Vias Verdes (VV), que foram criadas de forma a promover cuidados diferenciados o mais rapidamente possível, originando ganhos para a saúde. No turno que realizei na Sala de Triagem não se verificou ativação de alguma VV, contudo pude observar a ativação a VV

AVC e da VV Trauma enquanto prestadora de cuidados de enfermagem especializados na Sala de Reanimação.

Acerca desta temática, de salientar uma tese de mestrado que analisei, cujo título é “Triagem de Prioridades/Triagem de Manchester”. Este trabalho aborda a Triagem de Manchester, comparando-a com outros sistemas, descrevendo o seu impacto nacional mais especificamente num Hospital da região do Porto.

Tive também oportunidade, no decorrer do turno que realizei junto do Sr. Enf. Chefe, de aquisição de competências na área da gestão, de presenciar e observar uma reunião com a chefia do SU, acerca do plano de contingência devido ao surto de gripe.

Devido a este surto, todos os hospitais foram obrigados a apresentar um plano de contingência específico, tal como está referido no Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas, da DGS. A leitura precoce deste documento teria sido útil, contudo só realizei a leitura do mesmo após a reunião.

A participação nesta reunião foi de extrema importância uma vez que me permitiu compreender a dificuldade que existe para serem tomadas determinadas medidas pois terão impacto na gestão de recursos humanos e de infra-estruturas, por exemplo. Nesse mesmo período no meu hospital também estavam a elaborar medidas que fossem ao encontro das necessidades sazonais, medidas estas que muito foram criticadas pelos diversos profissionais. Contudo, após esta reunião compreendo que a adopção de novas medidas de forma rápida, praticas e eficazes não são fáceis e muitas vezes são difíceis ou mesmo impossíveis de implementar.

Uma das medidas deste plano elaborado pelo hospital, uma vez que a afluência de pessoas iria aumentar neste período, foi a re-triagem dos doentes. Ou seja, ao fim de um tempo predefinido (variava consoante a cor atribuída na primeira avaliação) o doente seria novamente avaliado por um enfermeiro de forma a saber se mantinha a situação clínica ou se pelo contrário tinha piorado.

Após a avaliação na triagem e observação médica (supondo que não entra diretamente para a Sala de Reanimação), o doente poderá ter imediatamente alta, ficar no Posto de Observação Rápida, no Posto de Estadia Curta ou em observação no SO. O que difere estes dois últimos postos é a gravidade e o nível de vigilância que o doente necessita, por exemplo, no SO estão os doentes que necessitam de uma maior vigilância e monitorização. Após a permanência nestes dois locais, os doentes podem ter alta ou serem transferidos para outro serviço.

No SO tive oportunidade de prestar cuidados a doentes do foro médico e do foro cirúrgico. Se por um lado me sentia mais à vontade com os doentes cirúrgicos, devido à minha experiência profissional, por outro os doentes médicos foram um desafio para mim devido à sua complexidade e pelo facto de serem em maior número, já que doentes cirúrgicos foram somente quatro ao longo do estágio.

Neste estágio senti uma maior necessidade em aprofundar conhecimentos e em realizar uma revisão acerca de diversas temáticas sobre patologias médicas de forma a responder de forma eficaz às necessidades dos doentes.

A prestação de cuidados a doentes a quem tinha sido diagnosticado Enfarte Agudo do Miocárdio foi desafiadora, uma vez que um grande número destes doentes se sentiam bem e tinham recorrido ao SU por uma dor que já não estava presente, pelo que não compreendiam o porquê de estarem limitados nas suas atividades. Isto fez com que tivesse que adoptar estratégias, como por exemplo no decorrer da higiene, apesar de ser no leito, ser a pessoa a realizar a sua própria higiene, contribuindo também para a promoção da privacidade e do auto-cuidado.

No decorrer do estágio tive também a possibilidade de prestar cuidados diferenciados, em diversas situações de emergência tais como: agudização da dispneia associada a um quadro de asma, edema agudo do pulmão, doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada, taquidisritmia, AVC isquémicos, entre outras.

No SO colaborei na realização de procedimentos invasivos, como por exemplo colocação de cateter venoso central, linha arterial, drenagem torácica, entre outros. Tendo sempre como base princípios de assepsia de forma a prevenir e a controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde.

Ainda no SO, participei numa entubação traqueal de urgência, num doente que por lesões neurológicas diminuiu o score na Escala de Glasgow para sete, tal como indica o Colégio Americano de Cirurgia (2012), score inferior ou igual a oito exige a entubação traqueal do doente de forma a permitir uma ventilação eficaz.

A entubação traqueal é um procedimento que estou familiarizada na minha prática diária, contudo esta situação apresentava um carácter imprevisível e estava associada a alteração do score da Escala de Glasgow, pelo que existia alguma urgência na proteção da via aérea e consequentemente no transporte do doente para o Serviço de Imagiologia para a realização de uma tomografia axial computadorizada, de forma a perceber as alterações neurológicas. Assim, após a estabilização do doente, foi crucial a organização de forma rápida do transporte (temática abordada anteriormente).

No decorrer do estágio e particularmente no SO, senti dificuldade na gestão de prioridades entre doentes, isto porque, apesar de no meu exercício clínico diário eu priorizar, é “no mesmo doente”. Aqui, devido ao número de doentes ser maior do que no BO, ao rácio enfermeiro-doente ser menos e ao carácter de imprevisibilidade e incerteza existente, há uma necessidade de definir prioridades não só no mesmo doente mas sim “entre que doentes”. Considero que teria sido benéfico a realização de um jornal de aprendizagem sobre a “gestão de prioridades”, mas tal não foi possível, contudo refleti sobre o assunto o que ajudou a ultrapassar esta dificuldade, juntamente com o ganho de competências e também pela integração, enquanto aluna de mestrado, na própria equipa e apoio da equipa de enfermagem.

Na Sala de Reanimação confrontei-me com uma realidade para mim desconhecida até então, que era o doente vindo diretamente da rua. Numa fase inicial senti alguma dificuldade na abordagem direta ao doente, pelo

elevado número de profissionais em redor do mesmo e devido à urgência inerente à situação clínica. Contudo, com o decorrer do estágio e apoio da restante equipa foi possível ultrapassar este obstáculo.

Aqui foram necessários a mobilização de diversos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, bem como os conhecimentos adquiridos nos cursos de Suporte SAV e ATCN, de forma a realizar uma avaliação sistematizada da PSC de acordo com a abordagem ABCDE.

A-Airway (Via aérea) B-Breathing (Respiração) C-Circulation (Circulação) D-Disability (Disfunção) E-Exposure (Exposição)
--

Uma vez estabilizados os doentes eram transferidos para o SO e caso necessário para a UCI posteriormente.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de frequentar o Curso de Abordagem ao Doente Crítico (programa- anexo IV). Este curso abordou as principais urgências que surgem no SU assim como a abordagem imediata perante as mesmas. De todas as temáticas abordada durante os dois dias, gostava de referir aquela que me deixou a refletir após o término do curso, que curiosamente foi a última, cujo tema é: o doente paliativo na urgência.

Esta temática, aparentemente, surge como o oposto a tudo aquilo que foi referido ao longo deste relatório, uma vez que tenho referido somente uma abordagem que está diretamente relacionada com o “salvar a PSC”. Contudo, nem sempre é assim e é fundamental que os profissionais de saúde percebam que a vida mas também a morte está presente no nosso quotidiano. Refiro com significado a observação de uma médica que verbalizou “estamos tão focados com a vida que nos esquecemos que as pessoas também morrem” SIC. Isto demonstra, que mesmo estando num SU, mesmo estando numa UCI ou mesmo estando num mundo rodeado de tecnologia e de meios sofisticados, é fundamental percebermos que acrescentar “dias à vida” e nada serve quando no fundo não se acrescenta “vida aos dias”.

De forma a refletir acerca de um caso específico, elaborei um estudo de caso, no qual inclui diagnósticos de enfermagem segundo NANDA, assim como as respetivas intervenções de enfermagem especializadas. Este estudo de caso foi previamente abordado e analisado com o Sr. Enf. orientador.

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Do domínio da gestão;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;

Sendo a dor o 5º sinal vital e a presença da mesma algo que diminui o conforto e o bem-estar da pessoa doente, delineei como objetivo – *implementar intervenções terapêuticas de enfermagem de forma a gerir a dor e garantir o bem-estar da pessoa em situação crítica e sua família.*

Ao longo do estágio apercebi-me que muitas vezes nem é tanto a dor que contribui para a diminuição do bem-estar mas sim o posicionamento no leito, o facto de estar em repouso absoluto, a incerteza quanto à sua situação clínica, a vida familiar alterada ou mesmo a espera por vaga no serviço. Percebe-se então que não é somente pelo alívio da dor que se contribui para o bem-estar da pessoa doente. O recurso a técnicas farmacológicas é essencial sim, contudo a promoção do bem-estar e conforto vai muito além disto.

A humanização dos cuidados representa um conjunto de intervenções que promovam cuidados de saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção do conforto, tendo como base o respeito ético e cultural do doente (Goulart & Chiari, 2010). Corroborando esta ideia, Backes et al. (2006) referem que o “hospital humanizado” é aquele que contempla, na sua estrutura física e evolução tecnológica, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa doente e sua família.



O esclarecimento acerca da sua situação de saúde ou mesmo sobre uma possível transferência de serviço, assim como o contacto com a família, mesmo fora o período de visitas é algo que toda a equipa de enfermagem tenta promover, tentando reduzir a ansiedade inerente à incerteza do processo de internamento numa tentativa de operacionalização da Teoria do Conforto de Kolcaba (já mencionada anteriormente).

Menciono a teoria de conforto de Kolcaba, uma vez que considero ser a teórica de referência no que concerne à promoção do conforto através dos cuidados de enfermagem, já que os mesmos, no SU, não estão somente relacionados com a utilização da tecnologia, sendo essencial uma intervenção holística que interfira na globalidades das necessidades da pessoa doente (Kolcaba 2003).

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, optimizando as respostas;

Defini ainda como objetivo – *promover uma comunicação eficaz entre a pessoa em situação crítica, a sua família e equipa de enfermagem, considerando a natureza do processo de transição.*

Tal como mencionado no sub-capítulo anterior, a comunicação torna-se essencial, não só com a pessoa doente e sua família assim como entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, de forma a que a continuidade dos cuidados seja beneficiada.

O SU devido ao seu carácter de situações agudas e inesperadas, promove na pessoa doente e na sua família sentimentos de ansiedade, angústia e de grande stress. Numa fase inicial do internamento, há sempre sensações de insegurança e de incertezas relativamente à situação vivenciada pela pessoa doente (Campos, 2014).

Ao longo do estágio, pude observar que numa fase precoce do internamento, a grande preocupação da família era ter conhecimento da situação clínica do seu familiar, bem como o percurso após a saída do SU. Este conhecimento que pretendiam saber, não passava por explorar a situação clínica mas sim o saber se “está bem ou mal”. Só à posterior e após o primeiro impacto é que realizavam questões acerca da situação. Nesta primeira fase fornecia somente as informações que os familiares queriam saber, bem como o local onde se encontrava no SU e que mal houvesse a possibilidade poderiam ver a pessoa em questão. Aquando desta visita e visto já terem mais dúvidas aí era realizada uma abordagem também com o médico responsável.

Sabendo que cada família tem as suas próprias estratégias de coping que podem, ou não, ser adequadas em situações de crise, e que o sucesso das mesmas reside na resiliência familiar, sendo esta afetada pela comunicação (Kaakinen et al., 2010), percebe-se a importância que esta tem em todo o processo de transição saúde-doença vivenciado pelo doente e situacional vivenciado pela família.

Relativamente à comunicação entre os diferentes elementos da equipa de enfermagem, de salientar os registos de enfermagem realizados em suporte informático, dos quais fazem parte a realização de diversas escalas, tais como Escala de Coma de Glasgow, Escala de Braden, Escala de Barthel e de Queda de Morse, e as passagens de turno que são realizadas “à cabeceira” dos doentes de forma a existir uma transmissão verbal de informação referente ao doente, promovendo uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados (OE, 2001). A passagem de turno entre os enfermeiros é considerada uma das mais importantes práticas em saúde, pelo potencial que tem no compromisso da segurança do doente.

Com as actividades acima mencionadas desenvolvi as seguintes competências:

- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação critica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação critica e/ou falência orgânica;

No decorrer de ambos os estágios existiram diversas reuniões, previamente organizadas, com a Sra. Prof. Dr. Anabela Mendes em conjunto com o Sr. Enf. orientador, com o intuito de analisarmos o meu percurso realizado até então, recorrendo a discussões com o objetivo de subsidiar o meu ganho de competências, bem como potenciar o surgimento de novas propostas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem à PSC, por parte da equipa de enfermagem, obriga a uma rápida resposta, eficaz e estruturada, sendo fundamental o domínio de conhecimentos e aquisição de competências que originem uma prática baseada na evidência. Assim, tornou-se fundamental a realização de estágios no decorrer do Mestrado em Enfermagem em PSC de forma a alcançar os conhecimentos e competências mencionados anteriormente e uma vez que estes momentos são excelentes momentos de aprendizagem permitindo a construção de um caminho que alia a teoria à prática profissional.

O cuidar da PSC deve estar assente na premissa que a hospitalização constitui um processo de transição saúde-doença que envolve a pessoa doente e a sua família. Esta vivencia o processo com sentimentos negativos, associados a uma necessidade de readaptação à nova situação. Assim, a equipa de enfermagem deve ter também como foco a família, potenciando a humanização dos cuidados durante o período perioperatório, pois só assim se consegue um período transaccional saudável. Pois, tal como indica Abreu (2011, p.29), o processo de enfermagem visa definir intervenções “consistentes com as necessidades humanas”. O mesmo autor indica que os enfermeiros “cuidam de pessoas que vivenciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição” (Abreu, 2011, p.38).

A Enfermagem, enquanto profissão e disciplina, tem como foco de atenção ajudar a pessoa doente e sua família a adquirirem estratégias, potenciando os seus recursos e promovendo a aquisição de novos, de modo a conseguirem uma melhor adaptação à nova situação, neste caso à transição saúde-doença.

O enfermeiro só pode responder de forma adequada às necessidades da família, da pessoa em situação crítica, após a identificação das mesmas. Assim, torna-se primordialmente importante o reconhecimento de que cada cirurgia de urgência é vivenciada de forma singular e única quer pela pessoa

em situação crítica, quer pela sua família. Tendo esta afirmação como verdade e sabendo que o período perioperatório é considerado um processo de transição, é essencial uma intervenção de enfermagem focalizada na família, pois só assim se compreende as necessidades, os processos de transições bem com as situações de crise. Logo, “para se trabalhar na perspetiva da família, é necessário acreditar que os processos de saúde-doença são experiências que envolvem toda a família” (Rodrigues, 2013, p.38).

Face à complexidade da PSC assim como da sua família, é essencial a especialização dos enfermeiros, de forma a prestarem cuidados de enfermagem holísticos e especializados, maximizando os cuidados à PSC e sua família. Assim, tendo em conta as competências consolidadas e adquiridas, os enfermeiros especialistas estão mais direccionados para uma abordagem mais qualificada a estes doentes, uma vez que como enfermeiros especialistas temos que ter competências que nos permitam: desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos; desempenhar papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; criar e manter um ambiente terapêutico seguro; gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, em articulação com a equipa multi-profissional; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados; desenvolver autoconhecimento e assertividade; basear a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimentos (OE, 2010). Sendo que, os enfermeiros especialistas na área de EMC, têm competências específicas, que lhes permitem cuidar a PSC a vivenciar processos complexos de doença grave e/ou falência orgânica, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infecção, perante a PSC a vivenciar processos complexos de doença grave e/ou falência orgânica (face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas), sendo essenciais para a correcta abordagem dos doentes nesta situação.

Os estágios clínicos ao longo do 3º semestre foram essenciais não só para a prestação de cuidados à PSC e sua família mas também para o desenvolvimento da minha capacidade reflexiva perante as atividades que desenvolvo no meu dia-a-dia enquanto enfermeira, originando uma confrontação com o meu exercício clínico diário, permitindo assim uma mudança de comportamentos. Reforçando esta ideia, Schon (2000) defende que a experiência refletida leva a um conhecimento sobre o fenómeno e mudança, já que o processo de reflexão será a forma através da qual se pode entender a complexa construção da prática.

Com este relatório pretendi refletir sobre os cuidados prestados ao longo dos estágios desenvolvidos nos diferentes serviços, sob o ponto de vista do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Enfermagem PSC, fazendo um paralelismo entre os objetivos a que me tinha proposto e as competências atingidas através das atividades mencionadas no decorrer do relatório.

Relativamente a futuras perspetivas, pretendo continuar a aprofundar e adquirir conhecimentos que me permitam melhorar a minha prestação de cuidados e a minha abordagem à PSC e sua família, através da formação contínua. Pretendo ainda, que através de conhecimentos científicos atualizados e das competências adquiridas e desenvolvidas com a realização da especialidade, desenvolver competências nos grupos pares, promovendo assim uma Enfermagem Avançada.

Como última reflexão, gostaria de salientar que todo este percurso não seria possível sem o apoio de toda a equipa multidisciplinar no decorrer dos dois estágios, que não só me acolheram como permitiram o meu desenvolvimento de competências, tendo como base os objetivos por mim definidos.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais*. (2ª edição). Coimbra: Formasau.
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2012). *Advanced Trauma Life Support*. (9 Edition) United States of America: American College of Surgeon. Chicago.
- Backes, S. Lunardi, F. Wilson, D. Lunardi, L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 40(2). 221-227.
- Baird, M. Bethel, S. (2012). *Manual de enfermagem no cuidado crítico*. (6ª edição). Elsevier
- Beccaria, L. Ribeiro, R. Souza, G. et al. (2008). Visitas em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Revista Arquivos de Ciência da Saúde*. 15(2). 65-69. [online]. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-2/id%20263.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20263.pdf)
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª edição). Coimbra: Quarteto Jasper.
- Bento, F. (2015). *Contributo da comunicação efetiva na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante a transição perioperatória*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Mestrado em enfermagem. Lisboa.
- Boat, A. Spaeth, J. (2013). Handoff checklists improve the reliability of patient handoffs in the operating room and postanesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia*. 23(7). 647–654.

- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: uma abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Broca, P. Ferreira, M. (2012). Equipa de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(1). 97-103.
- Butterworth, T. White, E. Twinn, S. Riley, L. et al. (1995). Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of Advanced Nursing*. 21 (6). 1152–1158.
- Campos, S. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos*. Universidade do Porto. Mestrado em enfermagem. Porto.
- Canário, R. (2001). *A prática profissional na formação de professores*. Porto: Editora.
- Capitão, E. Pires, J. (2009). Como eu, enfermeiro, faço monitorização hemodinâmica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16(3), 51–55.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos. Perspectivas dos Actores*. Loures: Lusociência.
- Catalano, K. (2009). Hand-off communication does affect patient safety. *Plastic Surgical Nursing*, 29(4), 266–270.
- Cavaco, S. Sousa, P. (2013). Passagem de turno em enfermagem: uma reflexão. *Revista Sinais Vitais*. 115. 13-18.
- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos novos tempos*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Campus.
- Cintra, E. Nishide, V. Nunes, W. (2000). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico*. São Paulo: Atheneu.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- Versão 2*. Edição portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

- Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Universidade de Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.
- Costa, A. (2012). *Abordagem de enfermagem ao doente crítico*. Universidade Católica Portuguesa. Mestrado em enfermagem. Lisboa.
- Costa, A. Costa, N. Serrano, M. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem de Referência*. 3. 15–23.
- Dessen, M. (2010). Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 30. 202–219.
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2001). Rede de Referenciação de Urgência/ Emergência. [on-line]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Circular normativa No: Nº:11/DSCS/DPCD de 18/06/08: Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2009). *Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas*. Lisboa.
- Duarte, F. O'Neill, P. Centeno, M. Fernandes, A. (2009). Abordagem Racional da Fluidoterapia Perioperatória. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 16(3). 27-33.
- Engstrom, A. Soderberg, S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in a intensive care unit. *Intensive critical care nursing*. 20. 299-308.

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Lisboa.
- Fernandes, A. (2009). Hemodinâmica no Século XXI: Um Desafio para a Medicina Intensiva. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 16(3). 7.
- Ferrito, C. Nunes, L. Ruivo, A. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Estapas. *Revista Percursos*. 15. 1–38.
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e Velhas Problemáticas em Enfermagem - sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Revista Pensar em Enfermagem*, 7(2). 34- 48.
- Fontaine, D. Morton, P. (2013). *Critical care nursing: A holistic approach*. (10a edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fontes, A. Ferreira, A. (2009). Do outro lado da porta: falar com a família numa unidade de cuidados intensivos. *Revista Sinais Vitais*. 885. 33-38.
- Fortunato, J. Furtado, M. Hirabae, L. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 12(3). 110-117. [on-line]. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7538/5919>
- Giugno, K. Maia, T. Kunrath, L. Bizzi, J. (2003). Tratamento da hipertensão intracraniana. *Jornal de Pediatria*. 79(4). 287-296.
- Goulart, B. Chiari, B. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde-contribuições para reflexão. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 15(1). 255-268.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

- Inaba, C. Silva, J. Telles, C. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipa de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 39(4). 423-429.
- Inskipp, F. Proctor, B. (1993). *Making the Most of Supervision*. Twickenham: Cascade.
- Joint Quality Initiative (2004). Shared “Dublin” descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards. Dublin.
- Juan, K. (2007). O Impacto da Cirurgia e os Aspectos Psicológicos do Paciente: Uma Revisão. *Revista Psicologia Hospitalar*. 5(11). 48-59.
- Kaakinen, J. Gedaly-Duff, V. Coelho, D. Hanson, S. (2010). *Family health care nursing. theory, practice and research*. (4 edition). Philadelphia: F. A. Davis.
- Kralik, D. Visentin, K. Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced nursing*. 55(3). 320-329.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. Springer Publishing Company.
- Lancaster, J. Stanhope, M. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (4ª edição). Lisboa: Lusociência.
- Lautrette, A. Darmon, M. Megarbane, B. et al. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *The New England Journal of Medicina*. 356(5). 469-478.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Lisboa: Edições ASA.
- Manica, J. (2004). *Anestesiologia: princípios e técnicas*. Porto Alegre: Artmed.

- Maruiti, R. Galdeano, E. Farah, G. (2008). Ansiedade e Depressão em Familiares de Pacientes internados em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Acta Paulista Enfermagem*. 21(4). 636-642.
- Matos, A. Sobral, A. (2010). Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 17(1). 61-65.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, I. Sawyer, M. Im, O. Messias, H. Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12–28.
- Mendes, A. (2013). *Desalojar o desassossego que vive em si: e necessidade de informação da família na UCIC*. Universidade Católica Portuguesa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.
- Mendes, A. (2015). A informação à família na unidade de cuidados intensivos - *desalojar o desassossego que vive em si*. Lisboa: Lusodidacta.
- Mendes, C. Vasconcelos, S. Tavares, J. (2008). Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermo. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 20(4). 344-348.
- Mezzaroba, R. Freitas, M. Kochla, A. (2009). O cuidado de Enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. *Cogitare Enfermagem*. 14(3). 499–505.
- Moreira, I. (2001). *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Morete, M. Moffato, S. Pereira, S. Silva, A. (2014). Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 26(4). 373-378.

Morgon, H. Guirardello, D. (2004). Validação da Escala de Razão das Necessidades de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista LatinoAmericana de Enfermagem*. 12(2). 198-203.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Lisboa. [online]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid\\_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx)

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: parecer do Conselho Jurisdicional 20/2001*. Lisboa. [online]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf)

- Perrenoud, P. (1999). Formar Professores em Contextos Sociais em Mudança: Prática Reflexiva e Participação Crítica. *Revista Brasileira de Educação*. 12. 5-21. [on-line]. Disponível em: [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1999/1999\\_34.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_34.html)
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Pias, S. (2008). Ansiedade e Stresse na Família do Doente em Estado Crítico. *Revista Sinais Vitais*. 81. 11-15.
- Pompeo, D. Pinto, M. Cesarino, C. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões apartir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista Enfermagem*. 20(3). 345-350.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996).
- Regulamento no 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Pub. L. No. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8656-865.
- Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. (2ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Remijo, K. Fonseca, L. (2012). Cuidado perioperatório em pacientes submetidos a cirurgia neurológica: perspectiva do cuidador familiar. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 11(3). 463-471. [on-line]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20257>
- Rodrigues, D. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Mestrado em Enfermagem. Coimbra.



- Rothrock, J. (2014). *Alexander's care of the patient in surgery*. (15a edição). Missouri: Mosby Elsevier.
- Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro - Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Rumiko, M. Galdeano, L. (2006). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 30(1). 37–43.
- Santos, C. Figueiredo, M. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*. 9. 55-65.
- Santos, F. (2012). *Comunicação com o Doente Crítico – Promoção para uma Prática Especializada*. Universidade Católica Portuguesa. Mestrado em Enfermagem. Lisboa.
- Santos, M. (2014). *Avaliação da dor no doente crítico: Uma norma de boa prática clínica*. Escola Superior de Enfermagem de Setúbal. Mestrado em enfermagem. Setúbal.
- Saraiva, D. (2014). A Importância da Comunicação no Cuidar. *Enfermagem e o Cidadão*. 37. 4. [on-line]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/informacao/JornalCRC/jcrc37b/files/assets/basic-html/toc.html>
- Schon, D. (2000). *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Semeltzer, C. Bare, G. (2005). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico*. (10ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Serrano, M. Costa, A. Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*. 3. 15–23.

- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da disciplina. *Revista Servir*. 55(1-2). 11–19.
- Silva, A. (2009). *Triagem de Prioridades Triagem de Manchester*. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe. Porto.
- Silva, A. (2012). *A Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Cuidados Intensivos – Vivências da Família*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Soares, E. (2013). *Os Familiares e o Processo de Internamento de um Membro da Família no Hospital: vivenciar uma transição*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de mestrado. Porto.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*. Edição: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sousa, D. (2013). *Competências e Saberes em Enfermagem*. [on-line]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Competências%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>
- Teixeira, A. Martins, C. Dias, D. (2013). Questões éticas inerentes à passagem de turno junto dos doentes. *Revista Sinais Vitais*. 115. 5-12.
- Under, L. Stacy, K. Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos*. (5ª edição). Lusodidacta.
- Waidman, A. Stefanelli, C. (2005). *Comunicação e estratégias de intervenção familiar a comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Lisboa: Manole.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem.  
*Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 7(3). 25–32.

**ANEXOS**

ANEXO I- Programa 1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

## Organização

### COMISSÃO CIENTÍFICA

ANTÓNIO LOPES ALMEIDA  
CARLA NASCIMENTO  
CÂNDIDA DURÃO  
CLÁUDIA ALFARROBINHA  
MARCO JOB BATISTA  
PEDRO VASCONCELOS  
SÓNIA FERRÃO  
TIAGO AMARAL



### COMISSÃO ORGANIZADORA

DULCE GONÇALVES  
INÊS MADEIRA  
JOÃO GERALDES  
JOÃO RAIMUNDO  
MICHAEL ISIDRO  
RUI MIRANDA  
SOFIA CASAL

## Eventos EEE

### Apresentação de Pósteres



### Comunicações Livres

### Concurso de Fotografia



#### 9:00 | ABERTURA DO SECRETARIADO



#### 9:30 | MESA DE ABERTURA

Presidente da APE: João Fernandes  
Membro do DEPS: Ana Sofia Casal  
Membro da ESEL: Cândida Durão

#### 10:00 | TRIAGEM POR ENFERMEIROS - UMA APOSTA NA QUALIDADE

Representante do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores | Triagem pré-hospitalar  
Ricardo Delgado Sanchez | *Enfermero Coordinador Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario* | Realidade Espanhola  
Paulo Freitas | Grupo Português de Triagem | Triagem de Manchester: do pré para o intra-hospitalar

#### 11:20 | COFFEE-BREAK

#### 11:40 | ED NURSES MADE IN PORTUGAL

Rui Sousa | *United Kingdom*  
Ricardo Soares | *Suísse*

#### 12:30 | COMUNICAÇÕES LIVRES

#### 13:00 | ALMOÇO

#### 14:00 | ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM EPSC

14:00 | CONFERENCIA  
DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS À ESPECIALIDADE EM  
ENFERMAGEM: Elemento do Departamento Enfermagem  
Pessoa em Situação Crítica APE

#### 14:20 | CUIDADOS URGENTES E EMERGENTES

Milene Plácido | CHLN | Cuidados Paliativos no SU  
Célia Batista Aires | HCUf Descobertas | Cuidados de  
enfermagem especializados perante múltiplas vítimas em  
situação crítica  
Susana Isabel Leal | CHLC | Gestão da Dor na PSC em  
contexto de SU e UCI

#### 15:20 COFFEE-BREAK

#### 15:40 | CUIDADOS INTENSIVOS

João Dantas | CHLO | Aquisição de competências  
especializadas no âmbito do suporte de vida extracorporal  
(ECMO) - Experiência na University of Michigan Medical Center  
(EUA)  
Ana Pinto | CHLN | Família em UCI  
Filomena Bento | CHLC | Segurança da PSC e comunicação  
efectiva na transição peri-operatória

FINAL: 17 HORAS

#### 9:00 | A PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA: DA RUA AOS CUIDADOS INTENSIVOS



Luís Carvalho | CHLC | Controlo da PIC  
Francisco Oliveira Martins | CHLC |  
Damage Control Surgery  
Virginia Araujo | CHLO | Damage Control Resuscitation  
João Geraldes | HGO | Imobilização da PVT: Como? Quando? E  
até quando?

#### 10:30 | COFFEE-BREAK

#### 11:00 | CONFERÊNCIA: NOVAS DROGAS, NOVOS DESAFIOS

Fátima Rato | INEM

#### 11:30 | CONFERÊNCIA: PRÉ-HOSPITALAR NA SUIÇA: ORGANIZAÇÃO E PAPEL DO ENFERMEIRO

Etienne Theytaz | SAMU e Centre Hospitalier de Valais  
Romand, Martigny, Suíça

#### 12:00 | CONFERÊNCIA: ÉBOLA - DA AMEAÇA GLOBAL À RESPOSTA DOS HOSPITAIS EM PORTUGAL

Natália dos Santos Pereira | DGS

#### 12:30 | COMUNICAÇÕES LIVRES

#### 13:00 | ALMOÇO

#### 14:00 | MESA: LIMITAÇÃO DO ESFORÇO TERAPEUTICO

Sérgio Branco | CHA  
Sérgio Deodato | Universidade Católica Portuguesa

#### 14:50 | A CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Francisco Abecassis | CHLN | Trauma Pediátrico  
Rafael Marques | CHLN | O papel do NaCl 3% no controlo da  
PIC

#### 15:30 | COFFEE-BREAK

#### 16:00 | SUPORTE AVANÇADO DE VIDA - FROM PRAGUE WITH LOVE

Adulto: Pedro Caldeira HPP Cascais  
Pediátrico: Francisco Abecassis | CHLN

#### 17:00 | ENCERRAMENTO E ENTREGA DE PRÉMIOS

FINAL: 17:30 HORAS

## ANEXO II- Programa 4as Jornadas da USF do Parque

# Programa



## 4ª JORNADAS DA USF DO PARQUE (ARSLVT - ACES Lisboa Norte) **Família, Saúde e Doença**

08:30 Abertura do Secretariado

09:00 É possível estudar as Famílias nos CSP. O que nos ensinam as listas de utentes?

Dr.ª Ana Costa (ACES Estuário do Tejo/FML),

Utilização de instrumentos de avaliação familiar entre Médicos do ACES Lx Norte.

Dr. Fabrizio Cossutta.

Moderadora - Dr.ª Clara Pais (PCCS do ACES Lisboa Norte)

09:45 Conferência

O que mudou nas Famílias Portuguesas?

Prof.ª Maria das Dores Guerreiro (ISCTE)

Moderadora - En.ª Joana Reis (USF do Parque)

10:15 Intervalo

10:45 Mesa Redonda

Moderador: Dr. Pietro de Carvalho (USF do Parque)

O papel da abordagem familiar e da terapia familiar no atendimento a jovens com alterações de comportamento alimentar.

Dra. Maria de São José (APARECE Atendimento Jovem, ACES Lisboa Norte)

Uma abordagem sistémica familiar no doente com alcoolismo crónico.

Prof. Cristina Ribeiro (FML)

Polifarmácia e família

INFARMED

12:15 Abertura Oficial das Jornadas.

Entrega de Prémios Posters

13:00 Almoço Livre no Parque da Saúde de Lisboa

14:30 Conferência

À Conversa com...Prof. Daniel Sampaio (CHLN)

A Família - Saúde e Doença - Níveis de intervenção familiar.

Moderador: Prof. Luis Rebelo (USF do Parque)

15:00 Mesa Redonda

Moderador: Dr.ª Paula Atalaia (USF do Parque)

Segundo ano de consulta de terapia familiar no ACES Lisboa Norte - Avaliação, perspectivas e desafios.

Dr. Nelson Calado (UCSP de Alvalade)

Caso clínico - videogravador.

Dr.ª Paula Fernandes (ACES Loures/Odivelas),

discutido pela Dr.ª Teresa Laginha (SPTF) e En.ª Alice Matoso (SPTF)

Formação em Terapia Familiar em Portugal.

Dr.ª Ana Gomes (SPTF)

16:30 Enfermeiro de Família—Uma nova realidade nos

CSP em Portugal - Certeza ao interrogação.

Enf. Sérgio Gomes (DGS)

En.ª Helena Simões (CCS do ACES Lisboa Norte)

17:00 Intervalo

Nome:

Local de Trabalho:

Categoria Profissional:

E-mail:

Contacto Telefónico:

**INSCRIÇÃO GRATUITA** (limitada à capacidade do anfiteatro)

Inscrições e Informações – Av. do Brasil nº53, 1749-060 Lisboa

Tf. 217816474 - Fax. 217939192

usfdooparque@cslvalade.min-saude.pt - www.usfdooparque.com



ANEXO III- Diploma de Presença nas 4as Jornadas da USF do  
Parque

# Certificado



aces  
LISBOA  
NORTE



USF do Parque

Confirma-se a presença de  
**Isabel Catarina Pedroso Pinto**  
nas 4<sup>as</sup> Jornadas da Unidade de Saúde Familiar do Parque,  
**Família, Saúde e Doença**  
que decorreram no dia 23 de Outubro de 2015,  
no Anfiteatro do Infarmed.

*Dr.ª Manuela Peleteiro*

(Directora Executiva do ACES Lisboa Norte)

*Prof. Luís Rebelo*

(Coordenador da USF do Parque)



#### ANEXO IV- Programa do Curso de Abordagem ao Doente Urgente

# **CURSO DE ABORDAGEM DO DOENTE URGENTE**

## **PRINCIPAIS URGÊNCIAS**

**29 e 30 de janeiro 2016**

Auditório do Hospital Beatriz Ângelo

### **PROGRAMA | Dia 29**

- 08h30 Abertura e objetivos do módulo
- 08h40 Pré-teste
- 09h00 Introdução: organização das urgências, deteção precoce do doente emergente e vias verdes
- 09h30 Triagem: objetivos e importância
- 10h00 Estratégia antimicrobiana em urgência
- 10h30 Coffee break
- 10h45 Acidentes vasculares cerebrais
- 11h15 Cefaleias
- 11h45 Alterações do estado de consciência
- 12h15 Convulsões
- 12h45 Almoço livre
- 14h30 Dispneia
- 15h00 Insuficiência cardíaca descompensada
- 15h30 Asma brônquica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica agudizada
- 16h00 Tromboembolismo pulmonar
- 16h30 Coffee break
- 16h45 Crise e emergência hipertensivas
- 17h15 Síndrome coronário agudo
- 17h45 Principais arritmias
- 18h15 Encerramento do 1º dia

Patrocínio científico



Organização

Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo

Colaboração

Serviços de Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Pneumologia, Oftalmologia, ORL, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia do Hospital Beatriz Ângelo

**Inscrição: 50€** | A forma de pagamento está indicada na ficha de inscrição online

Inscrições: <https://www.adfita.pt/gesnet/cursos/5-Curso-de-Abordagem-do-Doente-Urgente-Principais-Urgencias>

Secretariado: [secretariado@kuzsaude.pt](mailto:secretariado@kuzsaude.pt)

Hospital Beatriz Ângelo - Av. Carlos Teixeira, 3 - 2673-514 Loures - Tel.: 219 847 200 - [www.hbeatrizangelo.pt](http://www.hbeatrizangelo.pt)

# CURSO DE ABORDAGEM DO DOENTE URGENTE PRINCIPAIS URGÊNCIAS

29 e 30 de janeiro 2016

Auditório do Hospital Beatriz Ângelo

## PROGRAMA | Dia 30

- 08h30 **Abdómen agudo**
- 09h00 **Doença aguda bilio-pancreática**
- 09h30 **Hemorragia digestiva**
- 10h00 **Isquémia aguda dos membros e outras emergências vasculares**
- 10h30 **Coffee break**
- 10h45 **Cólica renal e outras queixas urológicas**
- 11h15 **Insuficiência renal e principais alterações iónicas**
- 11h45 **Principais intoxicações medicamentosas**
- 12h30 **Alterações da glicemia e outras emergências endócrinas**
- 13h00 **Almoço livre**
- 14h30 **Ideação suicida e outras urgências psiquiátricas**
- 15h00 **Olho vermelho e outras queixas oculares**
- 15h30 **Trismus e outras queixas ORL**
- 16h00 **Lombalgia, artralгияs e outras urgências reumatológicas**
- 16h30 **Coffee break**
- 16h45 **Estratégia transfusional em urgências**
- 17h15 **O doente paliativo na urgência**
- 17h45 **Teste final**
- 18h15 **Mensagens finais e encerramento**

Patrocínio científico



Organização

Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo

Colaboração

Serviços de Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Pneumologia, Oftalmologia, ORL, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia do Hospital Beatriz Ângelo

**Inscrição: 50€** | A forma de pagamento está indicada na ficha de inscrição online

Inscrição: <https://www.advita.pt/genet/cursos/Curso-de-Abordagem-do-Doente-Urgente-Principais-Urgencias>

Secretariado: [secretariado.formacao@hbeatriz.pt](mailto:secretariado.formacao@hbeatriz.pt)

Hospital Beatriz Ângelo - Av. Carlos Teixeira, 3 - 2674-514 Loures - Tel: 219 847 200 - [www.hbeatrizangelo.pt](http://www.hbeatrizangelo.pt)

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I- Poster



**A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÍTICA:  
NECESSIDADES E INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM**

Catarina Barroso <sup>(1)</sup>; Cristina Nunes <sup>(2)</sup>; Isabel Pinto <sup>(2)</sup>; Anabela Mendes <sup>(2)</sup>

## Introduction

A intervenção terapêutica de enfermagem na família da pessoa em situação de doença crítica deve ser sistemática, considerando os sentimentos de medo, insegurança e revolta; a vulnerabilidade face ao diagnóstico e prognóstico; e a percepção de incapacidade para auxiliar ou resolver o processo de transição existencial.

- Garantir a efetividade da intervenção terapêutica de enfermagem face às necessidades da família da pessoa em situação de doença crítica;
- Assumir um papel facilitador nos processos de transição saúde-doença e situacional em curso.



On remarquera, cependant, qu'une fois arrivé dans une position de stabilité, le défendeur des diagnostics a subi une diminution de son pouvoir de jugement et de son efficacité, des années après avoir obtenu son diplôme (Miles, 2000).

Elle espère devenir un jour l'un des nombreux artistes  
qui ont contribué à la culture de la ville de Paris.  
Elle a une passion pour la musique.  
Elle aime la danse et la peinture.

Crucial que se tenha a pessoa realmente dentro, não apenas em, dando a toda a liberdade para pensar, produzir e refletir. Não a fragmento de atuação crítica.

Tous droits réservés. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de l'éditeur est formellement interdite.

Os resultados devem ser considerados a título informativo, não sendo motivo de garantia de resultados (Melo, 2003).

## Conclusion

References: [Bibliography](#)

- Lawrence, J., & O'Leary, J. (2009). Family Orientation: Core Values, the Needs of Parents' Families and Helping Families Adapt in a Global World. *Critical Care Nurse*, 25(2), 29-34.
- Levinson, J., Jelinek-Duff, V., Coiffman, D., & Weiss, L. (2012). Family health care nursing: *Theory, practice and research* [4th ed.]. Philadelphia: F. A. Davis.
- Levinson, A. (2013). A informação: a família na interface de cuidados intensivos/Onde é o desassossego que vive em si. *Unioeste*. Londrina.
- Melton, J., Sawyer, M., van D., Miranda, H., & Schuchman, G. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 25(1), 13-28.
- Nezzerstein, R., Freitas, M., & Nachez, A. (2008). O modelo de Enfermeiro em pediatria: reflexões na perspectiva da família. *Originais Enfermagem*, 14(1), 490-505.
- Pinto, J. M., Magalhães, L., Mendonça, L., Ribeiro, P., & Gonçalves, C. (2003). O processo transicional e a dinâmica familiar: O impacto da doença no familiar. *Glasso in the Family*, 69-76.
- Silva, C. (2010). Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: *Perceções e sentimentos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. (Dissertação de mestrado). Porto.
- Wright, L. K. (2009). *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção no cuidado* [4th ed.]. São Paulo: Elsevier.





